

常務理事	事務長	担当者	支給決定金額	内 訳	資格取得	年 月 日	受付No.
				法定	被扶養者認定日	年 月 日	
					資格喪失	年 月 日	
				付加	資格取得(喪失)6か月別の別	該当・非該当	
					支給決定日	年 月 日	

被保険者 出産育児一時金・付加金請求書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等	記号 番号	被保険者氏名			
	分娩年月日	年 月 日	死産のとき		ヶ月	
	分娩者氏名		分 娩 者 生年月日	昭 平 令	年 月 日	被保険者 との続柄
	分 娩 者 に つ い て	※ 分娩日が分娩者の資格取得又は喪失後6ヶ月以内の場合、下記確認事項について記入のこと。				
		資格喪失後 6ヶ月以内の分 娩の場合	現在加入の健康保険についていずれかに○印 a. 国民健康保険に加入 b. 他の健康保険に(被保険者 ・ 被扶養者)として加入(年 月 日 ~)			
		資格取得 又は認定後 6ヶ月以内の 分娩の場合	以前加入の健康保険についていずれかに○印 a. 国民健康保険に加入(年 月 日 資格喪失) b. 他の健康保険に(被保険者 ・ 被扶養者)として加入(年 月 日 資格喪失)			
	上記のとおり請求します。 なお、給付金の受領を、所属する事業主へ委任します。(*1) 資格喪失後は下記の口座(*2)に振り込み依頼します。 三井住友トラストグループ健康保険組合 御中 年 月 日 〒 住 所(*4) TEL 請求者 氏 名					
	(*2)資格喪失者のみ記入(なお、任意継続被保険者は、登録済みの給付金振込口座へ振り込まれます。)					
	振込希望口座 (被保険者名義)	普通預金 (フリガナ) 銀行 支店 No. 口座 名義				

【直接支払制度および受取代理制度を利用しない】場合にご利用ください。

(*3) 医 療 機 関 等 証 明 欄	分 娩 年 月 日	年 月 日	生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊娠第 月又は第 週)	出生児 の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)
	上記のとおり証明します。 年 月 日					
	住 所 TEL 医師又は助産師の 氏 名 ※ 記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、 証明者の氏名をご記入ください。					

※死産・流産の場合は必ず妊娠月数を記入して下さい。

(*1)給付金は事業主より給与支給日等に被保険者に支払われます。

(*3)出産を証明できる公的書類(写)を提出する場合、医療機関等の証明は不要です。

(*4)育児書送付対象者の場合、送付先の住所として使用します。

【添付書類】	
《国内での出産》	・医療機関等から交付される直接支払制度利用しない旨の合意文書(写) ・医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書(写)
《海外での出産》	・海外出産を行った医療機関等が発行する書類(出産証明書、領収書等) (業務命令による海外勤務ですか? ⇒ どちらかに○印 : はい・いいえ)
“いいえ”の場合、 追加書類	・これらの日本語翻訳 ・海外に渡航した事実が確認できる書類(パスポート等)の写し ・海外の医療機関等に対して出産の事実、内容等の照会を行うことの同意書

受付日	支払日