

支給決定伺

支給決定額
円

健康保険組合				事業主（本社総務）		
常務理事	事務長	主任	担当			

資格取得(認定)日	昭和・平成・令和	年	月	日
資格喪失(消滅)日	昭和・平成・令和	年	月	日
支払年月日	令和	年	月	日

健康保険 被保険者
被扶養者

出産育児一時金請求書
(直接支払制度を利用しない場合)

*太枠線内を記入してください

提出日	令和 4 年 4 月 20 日	本人家族	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者
被保険者	被保険者記号 208123456	被保険者の氏名	物流 太郎
被扶養者	被扶養者の氏名 物流 花子 妻	被保険者の生年月日	昭和・平成 3 年 6 月 1 日
出生年月日	令和 4 年 4 月 10 日	生産・死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産
出産児数	<input checked="" type="checkbox"/> 単児 <input type="checkbox"/> 多児 (児)	出産費資金費用貸付	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
出生した医療機関名	〇〇総合病院	他の健保から本給付を受けていますか	<input type="checkbox"/> 受けている <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない
委任状	表記の請求金額の受領を経理部長に委任します。 令和 4 年 4 月 20 日 氏名を自署されても捺印は必要です。 被保険者の氏名 物流 太郎 (印)		

分娩年月日	令和 4 年 4 月 10 日	生産・死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週 日)
出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単児 <input type="checkbox"/> 多児 (児)	備考:	
助産師の証明欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 4 年 4 月 12 日 所在地 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 医師又は助産師の名称 〇〇産婦人科医院 (印) 氏名 中央 三郎 印 03 (1111) 1111		
自治体の証明欄	住所 筆頭者氏名 出生届日 令和 年 月 日 出生児氏名 出生年月日 令和 年 月 日 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 区市町村長名 印 ()		

受付日付印

【支給要件】

次のような場合、この請求書を提出してください。(直接支払制度を利用する場合は提出不要です)

- a) 被保険者本人が出産したとき
- b) 一般被保険者期間が継続して1年以上(任意継続被保険者の加入期間を除く)あった被保険者が資格喪失後6ヶ月以内に出産したとき
- c) 被扶養者が出産したとき

《記入要領及び記入上の注意事項》 … 左記帳票の番号と照合してください。

- ① 健康保険組合(又は事業所)に提出するときにその日を記入してください。
- ② 『被保険者』又は『被扶養者』の該当する方に✓を付けてください。
- ③ 健康保険証をよく確認の上、記入してください。
- ④ 被保険者からみた続柄を記入してください。
- ⑤ 『生産』又は『死産』の該当する方に✓を付けてください。
- ⑥ 『単児』又は『多児』の該当する方に✓を付けてください。多児の場合は出生児数を記入してください。
- ⑦ 「出産費資金費用貸付」を受けられる方は健保組合へご連絡ください。対象となる場合は、健保組合より必要書類を送付致します。
- ⑧ 給付金を給与に合算して支給される事業所の方は、委任状欄の記入・押印をお願いします。※被保険者氏名を自署されても本人印は必要ですので、注意してください。※該当しない場合は、健康保険組合又は会社へ届出の銀行口座(給与振込先)に振込みます。
- ⑨ 医師または助産師に証明してもらってください。
- ⑩ 医療機関の証明が得られない場合は、市区町村長より証明を受けてください。(出生証明書類の写し可)

* 記入内容を訂正する場合には、必ず訂正個所に認印を押してください。

《補足説明》

- ◎多児出産の場合は各々に一時金が支給されますが請求書は1枚でも可とします。
- ◎被保険者だった人が、被扶養者認定後6ヶ月以内に出産した場合、被保険者及び被扶養者双方で受給要件を満たしていてもどちらか一方のみしか、受給できません。
- ◎当出産育児一時金は、妊娠4ヶ月以上の分娩であれば、生産・死産・流産・早産を問いません。

《添付書類》

- ① 医療機関との合意文書(直接支払制度を利用しないことが記載されたもの)の写し
- ② 領収書の写し
- ③ 出産育児一時金不支給証明書(別紙1)⇒次の方のみ、提出してください。
 - (1) ロジスティード健康保険組合の被保険者資格が1年以上あった方が、資格喪失後6ヶ月以内に出産した場合
 - (2) 他健保で被保険者資格が1年以上あった方が、ロジスティード健康保険組合の被扶養者として認定後、6ヶ月以内に出産した場合

事業所健保担当者の方へお願い

- 健保組合へ提出される前に
- ① 本人記入欄(太枠線内)に記入もれや、誤りがないか
 - ② 添付書類は揃っているか

以上を確認頂いた上で、事業所担当者印を捺印願います。