年　　月　　日提出

センコー健康保険組合 殿

健康保険（被保険者・家族）出産育児一時金請求書

被保険者が記入する欄	1.被保険者証の記号と番号	記号		2.被保険者の氏名			
		番号					
	3.被保険者の現住所	〒　　電話					
	4.事業主の名称						
	5.家族(被扶養者)の分娩の場合は、氏名･続柄･生年月日を記入	氏名		続柄		生年月日	年　月　日
	6.分娩した年月日	年　月　日	7.生産児数	人	8.死産児数	人	
	9.妊娠経過期間（死産の時のみ、その妊娠経過期間を日数で記入）			日			
	当健保の被扶養者資格取得後6ヶ月以内の分娩の時	10.他の健保の被保険者でしたか	はい・いいえ	【はい】のとき、12. 13に記入して下さい			
	当健保の被保険者資格喪失後6ヶ月以内の分娩の時	11. 他の健保の被扶養者ですか	はい・いいえ	【はい】のとき、12. 13に記入して下さい			
	12.他の健保の保険者名	健保・政管・国保・その他		13.他の健保の記号及び番号			
	14. 10. 11で【はい】と答えられた方は、上記の他の保険者からも給付が受けられることもありますが、請求は　⇒			する・しない			
	（請求しない理由）						

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（加入者が直接健康保険組合へ申請する場合は、個人番号確認・本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄	

（被保険者への注意事項）

イ．提出時は下記の書類を添付してください（必須）

① 医療機関から発行される【領収・明細書】の写し

② 医療機関にて直接支払制度を利用していないことがわかる書類の写し（合意文書など）

ロ．5の欄は、家族（被扶養者）の出産の場合のみ記入して下さい。

ハ．10～13の欄は、被扶養者資格取得後6ヶ月以内あるいは被保険者資格喪失後6ヶ月以内の分娩であるときのみ、被扶養者になる前のあるいは現在被扶養者になっている保険者名及び被保険者番号を記入して下さい。

ニ．女子被保険者が資格喪失後に被扶養者となった場合、資格喪失後の被保険者出産育児一時金を受けるか、家族（被扶養者）出産育児一時金を受けるかは、選択によることになっており、重複しては支給されません。

ホ．出産育児一時金は事業主を通じて、被保険者に支給されますので、必ず後記の委任状に記入して下さい。

ヘ．提出時には、必ず下記の証明（A・Bいずれか）を受けて下さい。
但し、国外における出産時には当該国の出産証明とその翻訳文を添付して下さい。（下記の証明は不要）

※鉛筆書き・修正液（修正テープ）の使用・訂正印無しの請求書は受付できません。

（裏面に続く）

医師・助産婦・市区町村長の証明する欄					
A	分娩日	年　月　日	生産死産の別	生産　・死産（妊娠　日）	
	出生児の数	単胎　・多胎（　児）	備 考		
	上記の通り、相違ないことを証明する。 年　月　日 〔医療施設の所在地〕 〔医療施設の名称〕 〔医師・助産婦名〕				
B	本籍	都　道　府　県	筆頭者氏名		
	母の氏名	出生児氏名		出生年月日	年　月　日
	上記の通り、相違ないことを証明する。 年　月　日 〔市区町村名〕　印				

委任状	
	私は、事業主＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿を代理人と定め、　年　月　日に請求した出産育児一時金の受領方を委任します。 年　月　日 被保険者 〔住　所〕 〔氏　名〕

健保組合使用欄

常務理事	事務長	担　当	担　当

事務連絡先	所属	関係会社（社名：　）	担当者	