

(被保険者等・医療機関等 → 事業主 → 健保組合)

				常務理事	事務長	精 算	担 当
健保組合記入欄	支給の対象者が家族の場合はその認定日	昭和 平成 令和	年 月 日	支 給 額	円		
	備 考	※給付対象は、妊娠 12 週と 1 日（85 日）以上。					

☐被保険者 ☐家族 出産育児一時金等請求書 （償還払用）

被 保 険 者 の 記 入 す る 欄	被 保 険 者	記号		被保険者氏名				
		番号						
	事業所の名称					請求金額	円	
	分娩年月日		令和 年 月 日		生産・死産の別	生産 ・ 死産（妊娠 週 日）		
	分娩した者が家族であるときはその者の	氏 名				生年月日	昭和 平成 年 月 日	
		続 柄			当組合以外から出産育児一時金等を受けていますか？	受けた ・ 申請中 ・ 受けない		
本請求金額の受領について、 令和 年 月 日 古河健康保険組合理事長 殿 被保険者氏名 を代理人と定め委任致します。								
事業主の証明する欄	上記の通り相違ない事を証明します。 令和 年 月 日 古河健康保険組合理事長 殿 名 称 事業主 氏 名							
	分娩又は届出の年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産死産（妊娠 週 日）	単胎・多胎の別	単胎多胎（ 児）		
医師・助産師又は地区町村長の証明する欄	上記の通り相違ない事を証明します。 令和 年 月 日 住所 職名（ ） 氏 名 ⑨							

(注意事項)

- ◎この請求書には、以下の(1)と(2)の書類を添付してください。 ※海外で出産された場合は添付不要
- (1) 直接支払制度を利用しないことが明記されている『医療機関等（病院、診療所、助産所）発行の合意文書（写）』
- (2) 『医療機関等発行の領収・明細書（写）』
- 「直接支払制度を利用しない」旨の記載および「産科医療補償制度」に医療機関等で加入している証明印があるもの（なお「産科医療補償制度」に加入していない医療機関の場合、証明印は不要ですが給付額は減額となります）