

(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	被保険者証	記号 番号	被保険者氏名		⑩		
	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 ⑩ 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 ⑩						
医師・助産師又は地区町村長の証明する欄	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)	
	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 ⑩						

(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

- 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)』
- 『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)