

健保 使用 欄	支払年月日				常務理事	事務長	係長	担当	受付No.
	資 格	取 得	昭和・平成・令和						
		喪 失	平成・令和		出産年月日				
		扶養認定日	昭和・平成・令和		年 月 日		支給額		
								円	

アイシン健康保険組合 御中

記入例

☐ 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(出産費用全額を負担した場合)】

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記号	41	番号	12345	会社名・所属	○×△□株式会社 総務部 総務G		
	被保険者氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎 (健保印)				生年月日	昭和	51	年 8 月 15 日
	連絡先住所	〒446-0057 愛知 都 道 府 県 安城 市 区 〇〇〇 町 2-8-1				連絡先	TEL	0566-××-〇△×〇	
	出産者氏名	ケンボ ハナミ 健保 華美				出産者生年月日	昭和	62	年 10 月 10 日
	出産年月日	平成 元 年 5 月 21 日 (令和)				扶養認定日	昭和	31	年 4 月 1 日
	出生児氏名	健次郎		続柄	次男	流産・死産の場合	ヶ月 週の流産又は死産である。		
	医療機関発行の領収書に明記されている、あなたが窓口で支払った金額						514,000 円		
	出産者が家族の場合、扶養認定を受けた日から出産日までが6ヶ月以内ですか						☒ はい ☐ いいえ		
	はいの方、以前ご加入の健康保険について ☐ 国民健康保険の方は、市区町村名を記入しご請求ください。 市 区 町 村 >> ☒ 健康保険組合・協会けんぽ又は、共済組合の方は、下記の不支給証明欄に証明をいただいでください。								
	振込先	●一時金は、給与の口座 又は 会社指定口座へ振り込みます。 退社等で給与口座以外の振込は下記へ記入してください。							
	銀行・信用金庫・信組・農協					本・支店		普通・当座	
	口座番号					口座名義人 (カタカナ)			
不 支 給 証 明 欄	被保険者氏名 《出産者》	S・H・F				被保険者証 記号・番号			
	資格取得年月日	S・H・F				資格喪失年月日	平成 令和		
	上記について、出産育児一時金を支給していないことを証明します。					所在地 名称	印		
医 師 等 の 証 明 欄	出産日	平成 年 月 日 令和				出生児の数	単胎児・多胎児(児)		
						生産死産の別	生産・死産(妊娠 ヵ月・週)		
	上記の通り相違ない事を証明する。					医療機関等の 所在地 名称	氏名 印		
	令和 年 月 日								

- 添付書類● ①医療機関発行の出産費用の領収・明細書の写し
(産科医療補償加入の医療機関で出産の場合は、制度加入を示す印つき)
②医療機関から交付された『直接支払制度を利用していない』ことがわかる文書の写し
※被保険者退職後の出産の場合は、出産日に加入している保険証の写しの添付が必要です。

●提出ルート● 本人 → 病院 → 本人 → 健保組合

2011.2 改訂