

- 被保険者  
 被扶養者(家族)

# 出産育児一時金請求書

常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	-	電話番号 日中の連絡先			
	フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		
	被保険者氏名		分娩年月日	令和 年 月 日		
	会社・事業所名		被扶養者(妻・家族)が分娩した場合			
	フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		
	被扶養者氏名・続柄	続柄				
	被扶養者の 資格取得日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	← 資格情報のお知らせ、資格確認書 等で 確認してください。			
	在職中の給付金 支払いに関する同意	<input type="checkbox"/> 在職中、給付金は事業主経由で受領することに同意します。				
	退職後に請求する場合に記入（任意継続者：記号9990は記入不要）					
	金融機関コード	銀行 信用金庫 信用組合	店舗コード	支店 本店 出張所	種目 普通預金	口座番号
添付書類	ゆうちょ銀行を指定した場合は通帳のコピー（店名、店番、預金種目、口座番号が書いてあるページ） ※ゆうちょ銀行の場合は、ゆうちょ銀行と店名(支店名)及び振込専用の新しい口座番号(7桁)を記入					

医 師 証 明 欄	分娩者氏名		分娩年月日	令和 年 月 日
	胎児の数	単胎 ・ 多胎( 児)	生産死産の別	生産 ・ 死産 満 週( 日)
	上記のとおり相違ないことを証明します。 所在地 令和 年 月 日 医療機関名 医師名 ④ 電話番号 ( )			

健 保 記 入 欄	支給額	円	支給日	令和 年 月 日
	備考			

発信者印

## 添付書類

1. 請求書「医師記入欄」に 医療機関等の証明を受けられなかった場合…出生が確認できる書類  
出生届受理証明書、母子手帳(写)など
2. 医療機関等から交付される合意文書の写し  
(直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結していない旨および申請先となる当健保組合名が記載されているもの)
3. 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写し  
(直接支払制度を利用していない旨の記載があること)  
「産科医療補償制度」加入医療機関等で出産した場合は、証明するスタンプ押印があるもの

### ※ 出産育児一時金・家族出産育児一時金不支給証明書

以下の条件に当てはまる方は他の健康保険との重複支払いを避けるため

「出産育児一時金・家族出産育児一時金 不支給証明書」を提出してください。

#### ① 以前、古河電工健保組合の被保険者で

- ・ 資格喪失後6ヵ月以内に出産
- ・ 現在は他の健保に加入

古河電工健保組合に出産育児一時金の申請をする場合

→ 現在加入の健保組合へ提出し証明を受けてください。

※ 現在加入している健保が国民健康保険の場合は提出不要です。

#### ② 被扶養者が前職で被保険者(本人)として

- ・ 加入期間が1年以上
- ・ 資格喪失後、6ヵ月以内に出産

古河電工健保組合に家族出産育児一時金の申請をする場合

→ 以前加入していた健保組合へ提出し証明を受けてください。

※ 以前加入していたのが国民健康保険の場合や家族の被扶養者だった方は提出不要です。