

被保険者氏名

健康 太郎

被保険者記入欄

1 出産した者

2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1 - ①

家族の場合はその方の
氏名、続柄、生年月日

氏名 健康 花子 続柄 妻

生年月日 昭和 平成 6 0 年 0 9 月 1 0 日

2 出産した年月日

令和 0 4 年 1 0 月 2 0 日

3 生産または死産の別

1 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3 - ①

「生産」の場合出生人数

1 人

3 - ②

「死産」の場合死産児数

 人

3 - ② - (1)

「死産」の場合妊娠経過期間

満 週4 同一の出産について、他健康保険組合等から
出産育児一時金を受給していますか。

2 1. 受給した 2. 受給していない

▼申請にあたっては、以下をご確認ください。

1. 申請のめやす

直接支払制度を利用した場合で、分娩医療機関等の代理受取額が出産育児一時金の満額に満たないとき。

2. 添付書類について

注) 写しと指定していない書類は原本が必要となります。

	書類名称	詳細
①	医療機関等から交付された 「出産費用の領収・明細書」の写し	「出産費用の領収・明細書」内に産科医療補償制度加入医療機関等であることを証明するスタンプが押されている場合にのみ、1万2千円の加算があります。
②	医療機関等と交わした「合意文書」の写し	出産育児一時金の申請・受取にかかる代理契約を締結した書類の写し。
③	出産日に加入している健康保険等の 「被保険者証」の写し	〔対象の方のみ〕 被保険者の資格喪失後の出産による申請時のみ必要。

3. 給付金の支給時期

振込処理は月2回(原則5日と20日)、事前に支給決定通知書を送付します。

なお、審査に時間を要する場合がありますので、ご了承願います。

〔提出先・お問い合わせ先〕

〒101-0052

東京都千代田区神田小川町3-20 第2龍名館ビル4階

全国労働金庫健康保険組合 業務部

Tel 03(5217)3162