

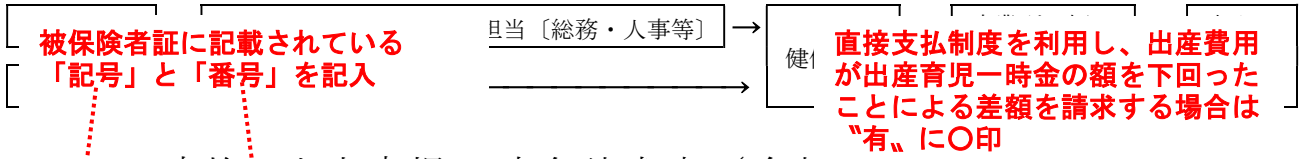
事業所担当者 確認印

← 任継・特退
の加入者は
押印不要

金額
円

支給決定伺		
平成	年	月 日
常務理事	事務長	担当者

《申請から給付の流れ》



家族 出産育児一時金請求書 (全額)

被保険者証		分娩した方の氏名		被保険者との続柄	死産のときはその旨
記号	番号	健保 富士子		妻	
76	12345				
分娩年月日	2018年11月23日	出生児の氏名	健保 康太		
分娩した医療施設について	所在地	神奈川県小田原市中町210			『直接支払制度』の利用 有・無
	名称	狩野ウイメンズクリニック			
分娩した方が分娩の6ヶ月以内に他健保に加入していた場合 *他健保への二重請求はできません	加入状況	1. 被保険者(本人)として加入 2. 被扶養者(家族)として加入			
	前健保の加入期間	資格取得日(入社日) 資格喪失日(退職日の翌日) 2008年4月1日 ~ 2018年10月1日			
	加入当時の保険証	記号	12A	改姓した場合 当時の氏名	
		番号	3456		
加入当時の保険証	保険者(健保組合)	名称: 日本総合健康保険組合 TEL: 0465-10-1000			
他の保険者へは請求しないことを誓約のうえ、上記のとおり請求いたします。 また在職期間中に係る申請の場合、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任いたします。 富士フィルムグループ健康保険組合 2019年1月7日 理事長殿 被保険者 住所 神奈川県小田原市西町1-5 氏名 健保太郎					

市区町村長の証明 医師・助産師又は	分娩年月日		(妊娠 第 週)
	出生児の数		
	上記の通		
<p>医師・助産師 または 市区町村が 出生について証明する欄です</p> <p>証明の代用として利用できる「証明する書類」 の詳細は、次ページをご確認ください</p>			(印)

【添付書類】

- (下記のいずれかの**原本**) ◆「産科医療補償制度」対象分娩の際には証明スタンプの押印が必要
 - 直接支払利用 有: 医療機関交付の“直接支払制度専用請求書と相違無い”旨の記載が有る「明細書」
 - 直接支払利用 無: 医療機関交付の“直接支払制度を利用しない”旨の記載が有る「領収書」
 ※医療費控除等で領収書の原本証明が必要な方は「原本証明希望」のメモを貼付してください。
- 直接支払制度合意文書の写し
- 医師・助産師又は市区町村の証明の代わりに、母子手帳内の「出生届出済証明」が記載されているページの写し(A4サイズで)、または住民票(マイナンバーの記載がないもの)の写しでも可。

【注意事項】

- 出産育児一時金「直接支払い制度」を満額利用した場合の退院時精算額(自己負担金)は請求できません。領収・明細書の受取代理額が、42万円/一児(産科医療補償制度対象外の場合40.4万円)未満であることを確認して下さい。
- 市区町村から妊産婦の医療費助成(一部負担金の助成)を受けている場合は、別に申請が必要です。
- 請求権は、事実のあった日の翌日から起算して2年で時効となります。

「医師・助産師・市区町村の証明」の代用

として利用できる書類は、3種類あります。

何れかの写しを提出してください。

- ① 母子手帳の「出生届出済証明」欄の写し
市区町村の受付印の押印が有るもの

例

- ② 出生届出済みの場合は、住民票の写し
(3か月以内に交付された世帯全員のもので、
続柄等が省略されていないもの)

- ③ 出生届の右側「出生証明」欄の写し

例

この欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください。

子	続柄	氏名	生年月日(年齢)	職業
の保	母(妊婦)		年 月 日生(歳)	
	父		年 月 日生(歳)	
			年 月 日生(歳)	
護	居住者	電話		
		電話		
出生届出済証明				
子の氏名				男・女
出生の場所	都道府県		市区町村	
出生の年月日	年	月	日	
上記の者については 年 月 日 出生の届出があったことを証明する。				
				市区町村長 印

赤ちゃんが生まれたときは14日以内に出生届を出し、上欄に出生届

市区町村長の証明印が押印されているかご確認ください。

出生届		受理 平成 年 月 日	発送 平成 年 月 日
平成 年 月 日届出		第 号	長印
長 殿		告知調査	戸籍記載
		記載調査	調査票
		届出票	住民票
		通知	

1	子の氏名 (外国人のときはローマ字で記入してください)	氏名	父母との続柄	□嫡出子 (□男 □女)	□続出でない子
2	生まれたとき	年 月 日	□午前 □午後	時 分	
3	生まれたところ	番地	号		
4	住 所 (住民登録をする)	番地	号		
5	父母の氏名 (子が生まれたときの年齢)	父	母	年 月 日 (満 歳)	年 月 日 (満 歳)
6	本 籍 籍 地	番地	号		
7	出生届を始めたとき	年 月	(給付式を受けたとき、または、届出を始めたときの月)		
8	子が生まれたときの世帯のおもな仕事と	<input type="checkbox"/> 1. 農業だけまたは農業その他の仕事を持っている世帯 <input type="checkbox"/> 2. 自営業・商工業・サービス業等を個人で経営している世帯 <input type="checkbox"/> 3. 企業・個人商店等(専ら行は除く)の常勤労働者世帯で勤め先の従業員数が1人から99人までの世帯(日々または1年未満の契約の雇用者は5) <input type="checkbox"/> 4. 3にあてはまらない常勤労働者世帯及び会社団体の役員の世界(日々または1年未満の契約の雇用者は5) <input type="checkbox"/> 5. 1から4にあてはまらないその他の仕事をしている者のいる世帯 <input type="checkbox"/> 6. 仕事をしていない者のいる世帯 (国勢調査の年一 年一の4月1日から翌年3月31日までの子が生まれたときを記入してください)			
9	父母の職業	父の職業	母の職業		
その他					
届出	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 法定代理人() <input type="checkbox"/> 3. 同居者 <input type="checkbox"/> 4. 医師 <input type="checkbox"/> 5. 助産師 <input type="checkbox"/> 6. その他の立会者 <input type="checkbox"/> 7. 公設所の長				
人	住所	番地	号	署名	年 月 日生
署名	本 籍 籍 地	番地	号	署名	年 月 日生
署名	住所	番地	号	署名	年 月 日生
署名	本 籍 籍 地	番地	号	署名	年 月 日生
署名	住所	番地	号	署名	年 月 日生
署名	本 籍 籍 地	番地	号	署名	年 月 日生

記入の注意

鉛筆や消えやすいボールペンで記入してください。

子供が生まれた日から空けて14日以内に出してください。

子の本籍地でない場所に生れたときは、2通出してください。1通は親市内に届出する場合は、1通で済みます。2通の場合でも、出生届の届出は、原本1通と写し1通で済みます。

子の名は、常用漢字、人名用漢字、かな、ひらがなで書いてください。子が外国人のときは、原則かなで書くとともに、住民票の処理上必要ですら、ローマ字を併記してください。

よみかたは、戸籍には記載されませんが、住民票の処理上必要ですら書いてください。

□には、あてはまるもの□のように入力してください。

届出者の氏名には、戸籍簿に記載されている氏名を記入してください。

子の父または母が、また戸籍の筆頭者となっていない場合は、新しい戸籍がつかれますので、この欄に希望する本籍を記入してください。

届け出られた事項は、人口動態調査(統計法に基づき)に活用され、出生労働者世帯にも用いられます。

届出人の署名は届出義務者が自署してください。届出人が署名したと認める方でもかまいません。届出義務者は、嫡出子の場合は母、続出でない場合は父です。

母子手帳と届出人の印を併せてください。

出生証明書		記入の注意
子の氏名	男女の別	1男 2女
生まれたとき	平成 年 月 日	午前 時 分
出生したところ及びその種別	出生したところの種別	1病院 2診療所 3助産所 4自宅 5その他
出生したところ及びその種別	出生したところ	番地 号
出生したところ及びその種別	出生したところの種別	施設名称
体重及び身長	体重	身長
単胎・多胎の別	1単胎 2多胎(子中第)	子
母の氏名	妊娠週数	週 日
この母の出生した子の数	出生子(この出生子及び出生後死亡した子を含む)	死産児(妊娠週22週以後)
1 医師	平成 年 月 日	
2 助産師	(住所)	番地 号
3 その他	(氏名)	印

医師・助産師等の証明印が押印されているかご確認ください。