

事業所担当者()<経由>→健保組合 (退職された方は直接健保へ送付)
 ※担当者を記入してください

被保険者
家族

出産育児一時金請求書(直接支払制度未利用・海外出産)

被 保 険 者 記 入 欄	①被保険者の 記号・番号	記号 番号	②被保険者 の氏名		
	③事業所の名称				
	④被扶養者の出産 →被扶養者氏名			⑤被扶養者生年月日	年 月 日
	⑥出産年月日	年 月 日		死亡のときはその旨	
	⑦出産した場所	医療施設の名称			
		医療施設の所在地			
	⑧海外赴任者(被保険者)でない場合・海外赴任者に被 扶養者が帯同していない場合、海外で出産した理由				
	⑨出生児の氏名			⑩被保険者と 出生児の関係	(長男・長女等を記入)
	⑪出生児が被扶養者であるかどうか	ある・ない		⑫出生児が被扶養者でない ときはその理由	
	⑬ 振込先 (被保険者名義)	金融機関名	支店名	種別	口座番号
			普通 当座		

上記のとおり請求します。

年 月 日

被保険者の住所 〒

氏名

電話番号 ()

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

ど ち ら か 一 方 の 証 明 が 必 要	医師・助産師の証明	出産年月日	年 月 日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 週)
		出産児数	単胎・多胎(児)	参考事項	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関の住所 〒 医療機関の名称 医師・助産師の署名 電話番号 ()				
	市区町村長の証明	本籍			筆頭者名
出生届出日		年 月 日	出生児名		
出生日		年 月 日			
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名					

<添付書類>

- ・日本での出産・・・直接支払制度を利用しない旨を記した合意文書の写し、出産費用の領収・明細書等の写し(産科医療補償制度の対象である場合はスタンプ要押印)、出生の証明は母子手帳の写し他出生したことがわかる書類でも可
- ・海外での出産・・・医療機関または自治体の出生証明書写し ※翻訳をつけ、翻訳者を記入してください
(別途確認が必要だと判断した場合、海外渡航書類や同意書等の提出を求める場合があります)
- ・資格取得・資格喪失6ヶ月未満での出産・・・下記不支給証明

不支給
証明者

- ◆被扶養者が当健保の資格取得後、6ヶ月以内に出産したとき→出産日の6ヶ月前までに被保険者として加入していた健保組合等
- ◆被保険者が当健保の資格喪失後、6ヶ月以内に出産したとき→現在ご加入の健保組合等

不 支 給 証 明	被保険者(出産者) 氏名	(旧姓)	被保険者の 記号・番号		
	資格取得年月日	年 月 日	資格喪失年月日		年 月 日
	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。 年 月 日 住所 保険者名称 電話番号 ()				