

事業所担当者()<経由>→健保組合 (退職された)
※担当者を記入してください

この請求書は、直接支払制度を利用しな
かった場合、海外で出産した場合に提出
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 1 番号 54321	②被保険者 の氏名	健保 康子		
	③事業所の名称	ヤンマーホールディングス株式会社			③籍を置いている会社名を記入してください。	
	④被扶養者の出産 →被扶養者	④⑤被扶養者が出産した場合は記入してください。			出生年月日	年 月 日
	⑥出産年月日	R6年 2月 22日		死亡のときはその旨		
	⑦出産した場所	医療施設の名称	すこやか産婦人科			
		医療施設の所在地	××市〇〇区△△11-2-3			
	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	⑧海外で出産した場合は記入してください。				
	⑨出生児の氏名	健保 康太		⑩被保険者と 出生児の関係	(長男・長女等を記入) 二男	
	⑪出生児が被扶養者であるかどうか	ある <input checked="" type="checkbox"/> ない		⑫出生児が被扶養者でない ときはその理由	夫の被扶養者のため	
	⑬ 振込先 (被保険者名義)	金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義(カタカナで記入)
		⑬被保険者(社員本人)の口座を記入してください。				ケンポ ヤスコ

上記のとおり請求します。

R6年 3月 15日

被保険者の住所 321-7654

××市〇〇区△△1-2-3-301

氏名 健保 康子

電話番号

06 (6321)7654

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

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	
市区町村長の証明	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 〒 ⑭出生証明欄・・・医師・助産師または、市区町村で証明をもらってください。 医師・助産師の署名 電話番号 ()			
	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				

⑮ 市区町村長印

下記該当の<添付書類>を添付してください。

<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

不支給証明欄・・・上記に該当する場合は健保組合等で証明をもらってください。

不 支 給 証 明	被保険者(出産者) 氏名	(旧姓)	被扶養者証 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 ⑯			
	電話番号 ()			