

被保険者  
家 族

# 出産育児一時金（付加金）請求書

① 被保険者証の 記号・番号	記号	番号	② 事業所の名称	衆議院	参議院
③ 被保険者の 氏名			④ 被保険者の 生年月日	年	月 日
⑤ 出産年月日	年 月 日		⑥ 死亡のとき はその旨		
⑦ 出産した場所	医療施設等 の名称				
	医療施設等 の所在地	〒			
⑧ 被扶養者の出産である ときはその氏名・生年月日			年 月 日		
⑨ 出生児の氏名			⑩ 出生児の 生年月日	年	月 日
⑪ 出生児が被扶養者 かどうか	被扶養者で ある 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 他制度から給付を受けて いるかどうか	受けている		受けていない		
⑭ 振込希望の銀行	銀行	支店	普通 当座		
⑮ 備考					
上記のとおり申請します。 年 月 日 〒 住所 被保険者の 氏名 国会議員秘書健康保険組合理事長 殿 TEL					

医師・ 助産師 又は 市区 町村 長が 証明 する 欄	⑯ 出産年月日	年 月 日	⑰ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)		
	⑱ 出生児の数	単胎・多胎 ( 児)				
	上記のとおり相違ないことを証する。 年 月 日 〒 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 印					
	⑲ 本籍			⑳ 筆頭者氏名		
	㉑ 出生届出日	年 月 日	㉒ 出生児 氏名		㉓ 出生 年月日	年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長名 年 月 日 印						

(記入上の注意)

## I. 被保険者への注意事項

1. 標題は、被保険者が出産したときは、「被保険者」を、家族が出産したときは、「家族」を○印で囲んでください。
2. ⑦欄の出産した場所は、出産した病院、診療所又は助産所などの医療施設名を記入してください。  
(なお、自宅出産の場合は、その旨を記入してください。)
3. ⑧欄は、被保険者（本人）の出産育児一時金の請求であるときは、斜線で抹消してください。
4. ⑨、⑩欄には、出生児が複数のときは、それぞれの氏名、生年月日を記入してください。
5. ⑬欄には、他の医療保険制度から既に出産育児一時金、家族出産育児一時金を受けているときは、その旨を記入してください。
6. ⑮欄には、被保険者の資格を喪失した後の出産であるときは、資格喪失年月日を、生産であったが間もなく死亡したときは「出生児は、〇〇時間生存した後死亡」などのことを記入してください。
7. 医師又は助産師の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名、住所等を記載したもの）を添付してください。

## II. 医師、助産師又は市区町村長への注意事項

- ⑰欄は、該当する文字を○で囲み、死産の場合は、妊娠第〇月又は第〇週であったかを記入してください。