

- 被保険者  
 被扶養者

**【特例退職用】 出産育児一時金請求書**

|                                 |                        |        |       |                         |
|---------------------------------|------------------------|--------|-------|-------------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 被保険者証<br>記号            |        | 番号    |                         |
|                                 | 被保険者氏名                 | (フリガナ) |       |                         |
|                                 | 生年月日                   | S・H    | 年 月 日 | 資格取得<br>年月日 S・H・R 年 月 日 |
|                                 | (被扶養者が分娩したとき)<br>分娩者氏名 |        | 生年月日  | 資格喪失<br>年月日 H・R 年 月 日   |
|                                 | 上記のとおり申請いたします。         |        |       |                         |
| 住所：〒 - R 年 月 日                  |                        |        |       |                         |
| 被保険者氏名： R 年 月 日                 |                        |        |       |                         |

|   |                               |  |      |           |
|---|-------------------------------|--|------|-----------|
| 医<br>師<br>・<br>助<br>産<br>師<br>証<br>明<br>欄 | 分娩者氏名                         |  | 生年月日 | S・H 年 月 日 |
|   | 分娩予定日                         | R 年 月 日  | 分娩日  | R 年 月 日   |
|   | 生産または死産の別 (いずれかにチェックしてください) → | <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週 日) |      |           |
|   | 出生児数 (いずれかにチェックしてください) →      | <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 児)     |      |           |
|   | 上記のとおり相違ありません。                |  |      |           |
| 医療機関所在地 〒 - R 年 月 日                       |                               |  |      |           |
| 医療機関名称                                    |                               |  |      |           |
| 医師・助産師氏名                                  |                               |  |      |           |

## 出産育児一時金支給申請の前に必ずご確認ください

|      |  |
|------|--|
| 目的   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者本人および被扶養者となっている家族が出産し、<b>直接支払制度・受取代理制度を利用しなかった場合に申請する</b>手続き。</li> <li>・妊娠85日（12週と1日）以降の出産であれば、生産（早産）、死産（流産）、人工妊娠中絶を問わず対象となる。</li> <li>・被保険者期間が継続して1年以上ある被保険者本人が、資格喪失後6カ月以内に出産した場合も対象となる。<br/>また、任意継続被保険者で、強制被保険者期間が1年以上あり、任意継続被保険者資格喪失後6カ月以内に出産した場合も対象となる。<br/>なお、被保険者の資格喪失後に被扶養者が出産した場合は対象外。</li> </ul>  |
| 支給額  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・支給額は健康保険法に準じるため、<br/>下記、日本生命健康保険組合 社外HPを参照。</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0; text-align: center;"> <a href="#">日本生命健康保険組合 社外HP</a> &gt; <a href="#">こんなとき</a> &gt; <a href="#">出産したとき</a><br/>             &gt; <a href="#">出産育児一時金・家族出産育児一時金</a> &gt; <a href="#">解説</a> </div> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">  </div> <p>※被保険者出産育児一時金、配偶者・家族出産一時金はいずれか一方しか受給できない。</p> |
| 添付書類 | <ul style="list-style-type: none"> <li>①医師・助産師の証明を受けられない場合は、<br/>母子手帳の1ページ目に記載されている「保護者の記入欄」「出生届済証明」（写）</li> <li>②医療機関等に支払った、産科医療のスタンプ押印済の「領収証」（写）</li> <li>③医療機関等から交付される「直接支払制度に係る代理契約を医療機関等としない旨」が記載された合意文書</li> <li>④健康保険資格喪失後の分娩の場合は、現在加入の健康保険証（写）</li> </ul> <p>&lt;海外で出産した場合&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①出産した事実が確認できる書類<br/>(医師・助産師の証明または領収書の写し)</li> <li>②同意書</li> </ul>  |
| 提出締切 | <p>健保組合に毎月10日までの到着分は、原則翌月給与処理にて支給する。(不備のない場合)<br/>             関係会社職員は関係会社経由、退職者は退職時の所属経由、任意継続および特例退職の被保険者は登録口座へ支給。</p>  |