

記入例(被扶養者が出産した場合)

K-033 P (P)

日立健康保険組合 御中

健康保険 出産育児一時金請求書

※枠内をご記入ください。(記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

| | | | |
|---------------------------------|---|---|--|
| 2 | 提出日 | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 | 備考 |
| | 被保険者等 記号・番号 | 記号 1000 番号 10000000 | 被保険者氏名 (フリガナ) ケンボ マサミ 健保 正美 |
| 被 保 険 者 記 入 欄 | 事業所 (会社)名称 | 株式会社〇〇〇〇〇 | 従業員番号 所属・電話 (TEL: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇) |
| | 被扶養者 氏名 | 健保 薫 | 生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇20101 |
| 3 | 出産した 年月日 | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 | 生産または 死産の別 <input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在 |
| | 他の健保から給付 を受けているかどう うか | <input type="checkbox"/> 受けている <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない | 生産の場合 出生児数 1人 死産の場合 死産児数 人 |
| 4 | 給付金の振込みについて 【従業員】事業所経由を選択している事業所の方:委任状に基づき事業所へ振込みます ⇒ 委任状欄にご署名ください 個人払いを選択している事業所の方:健保組合に届出されている口座へ振込みます 【任意継続者・特例退職者】健保組合に届出されている口座へ振込みます | | |
| | 本請求に基づく給付金に関する受領を事業所に委任します 令和〇〇年〇〇月〇〇日 被保険者氏名: 健保 正美 | | |

| | | | | | |
|---|--|---|----------|---------|--|
| 5 | 医師・助産 が医師 助産師 の 市 区 町 村 長 | 出産年月日 | 令和 年 月 日 | 生産・死産の別 | <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 ヵ月又は 週) |
| | 出生児の数 | <input type="checkbox"/> 単児 <input type="checkbox"/> 多胎(児) | 備考 | | |
| 5 | 上記のとおり相違ないことを証明します 令和 年 月 日 医療施設の所在地・名称 医師・助産師名 (TEL:) | | | | |
| | 住所 | 世帯主 | | | |
| 5 | 出生児名 | 出生年月日 | 令和 年 月 日 | 備考 | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明します 令和 年 月 日 市区町村長名 (印) (TEL:) | | | | |

【注意事項】

出産育児一時金の『直接支払制度』を利用される方は、本請求書による申請はできません

【添付書類】

国内で出産された場合と海外で出産された場合では、添付書類が異なります。
別紙「記入例」をご覧ください。

| | |
|--------|--|
| 事業所コード | |
| 事業所担当者 | |
| 年 月 日 | |
| 氏名 | |

| |
|-------|
| インプット |
|-------|

次のような場合に、この申請書をご使用ください。
被扶養者が出産した場合

◆ 注意事項

- 多胎出産の場合は、各々に一時金が支給されますが、申請書は1枚でも可とします。(但し、対象となる出生児全員の氏名・続柄を記入してください。)
- 被保険者だった方が、被扶養者認定後6ヵ月以内に出産した場合、被保険者および被扶養者双方で受給要件を満たしていても、どちらか一方しか受給できません。
- 出産育児一時金は、妊娠4ヵ月以上の出産であれば、生産・死産・流産・早産を問いません。
- 出産育児一時金の「直接支払制度」を利用される方は、本申請書による申請はできません。

◆ 記入要領(記入例の番号と照合してください)

- 「被扶養者」にチェック(✓)を付けてください。
- 事業所(会社)に提出する日(任継・特退の方は健保組合へ提出する日)を記入してください。
- 生産または死産の別は、該当するものにチェック(✓)し、人数を記入してください。
- 給付金を給与に含めて支給される事業所(会社)の方は記入してください。
- 市区町村長の場合は「出生年月日」の証明を受けてください。
また、海外で出産した場合は、左記証明内容を明記した医師等の証明を添付してください。
* 記入内容を訂正する場合には、訂正箇所にも二重線を引き、正しい内容と被保険者氏名をご記入ください。

◆ 添付書類

【国内で出産した場合】

- 医療機関と取交した「直接支払制度を利用しない旨の合意書(写)」
- 「出産費用の領収・明細書(写)」
※産科医療保障制度に加入する医療機関等で出産された場合は、「産科医療補償制度の対象分娩です」の文言が印字やスタンプ等により明記されたもの
- 日立健保の被扶養者認定後6ヵ月以内に当一時金を請求される場合は、K-054「健康保険加入状況調査書(出産育児一時金申請用)」を添付

【海外で出産した場合】

- 医療機関または公的機関で発行された、出産の事実を証明する書類の写し ※日本語訳が必要
- 渡航期間のわかるパスポートの写し(出産した方の氏名のページ、滞在国の入国あるいは出国の押印が確認できるページ)または、出産した方の航空券その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写し
※ただし、業務上で渡航した場合(海外赴任者と同行の家族、海外出張者)は不要です。
- 日立健保の被扶養者認定後6ヵ月以内に当一時金を請求される場合は、K-054「健康保険加入状況調査書(出産育児一時金申請用)」を添付

◆ 送付先

紛失防止の観点から、簡易書留等で送付することをお勧めいたします。

- 一般被保険者(従業員)の方 → 事業所(会社)の健保担当者宛に送付してください。
- 任継・特退被保険者の方 → 下記宛に送付してください。

〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町二丁目29番地
東お茶の水ビル
日立健康保険組合 業務(給付) 宛

◆ 提出期限

出産日の翌日から2年以内に請求してください。(健保組合必着)