

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険被保険者証 記号-番号		—		氏 名	印		
	住 所		〒 — () Tel ()					
	所属部署		Tel ()					
	家族の分娩の 場合	家族 氏名	年 月 日 生				続柄	
	出生児氏名				続柄			
	分娩年月日	令和 年 月 日			分娩種類等	生産・死産（妊娠 ヶ月）		
	分娩した施設名				所在地			
	振込 希望 口座	金融機関名 銀行 本店 金庫 支店 () ()		本・支店名		口座番号 (普)	被保険者名義 (カタカナ)	
医 師 ・ 助 産 師 証 明 欄	分娩年月日	令和 年 月 日			分娩種類 妊娠月数	生産・死産（妊娠 ヶ月）		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所 在 地 医療機関 施設名称 医師・助産師氏名 印							
市 区 町 村 長 証 明 欄	本籍					筆頭者氏名		
	出生 届出日	令和 年 月 日	出生児 氏名			出生 年月日	令和 年 月 日	
	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							

【注意事項】

1. 「医師・助産師の証明」か「市区町村長証明」のいずれか一方の証明を受けてください。
2. 「直接支払制度を用いていない旨」の記載がされている合意書の写し 及び
 出産費用領収書・明細書の写しが必要です。
 ※産科医療補償制度に該当する場合は、領収・明細書に所定スタンプ印が必要です。
3. 出生児を被扶養者とする場合には別途「健康保険被扶養者（異動）届」が必要です。

支給決定額	円	常務理事	事務長	担当	担当
支 給 決 定 額					

受 付 印

【多胎出産の場合】

出生児1名につき、1枚の請求書が必要です。

【死産の場合】

妊娠4ヶ月（85日）以上であれば支給の対象となります。
医師の証明を受けてください。

【資格喪失後の請求】

被保険者の資格を喪失した日の前日まで引き続き1年以上被保険者（任意継続期間を除く。）であった方で、その資格を喪失した後6ヶ月以内の分娩の場合、以前加入していた保険者に「出産育児一時金」を請求することができます。
ただし、現在加入の保険者かどちらか一方への請求となります。
※尚、相手先保険者に「出産育児一時金給付済通知」を送付しますので、ご了承ください。

【問合わせ先】

ネクステージグループ健康保険組合
〒461-0005 愛知県名古屋市東区東桜1-10-35 セントラル野田ビル702
TEL (052)951-4907

- 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバー（個人番号）により申請することも可能です。
その場合は、次の備考欄へマイナンバーを記載していただくとともに、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄	
-----	--