～この書類は出産前に提出いただく書類です～

受取代理用

健康保険　被保険者／家族　出産育児一時金請求書／出産育児一時金付加金請求書

※健康保険の給付を受ける権利は2年間で消滅します。出産育児一時金の時効の起算日については「出産日の翌日」となります。

被保険者が記入するところ

被保険者等　記号－番号　※枝番号記載不要	1 5 － 1 2 3 4	生年月日	昭和 [✓ 平成] 10 年 7 月 7 日 生
被保険者（請求者）の氏名	（フリガナ）クミアイ　ジロウ 組合　二郎	事業所の 名称	(株)ケーピーエム
		事業所の 所在地	東京都渋谷区神南1－2－34
被保険者（請求者）の住所	郵便番号 1 5 0 － 0 0 0 2	電話番号	03（3407）522X
	（フリガナ）トウキョウトシブヤクシブヤ 東京都渋谷区渋谷3－15－6		
被扶養者が出産するための請求であるときは、その方の	氏名　組合　花子	生年月日	昭和 [✓ 平成] 11 年 9 月 7 日 生
出産予定日・数	令和 8 年 5 月 15 日	／	[✓ 単]・多（　胎）

被保険者が資格喪失後の分娩のとき……………………現在加入している健康保険について記入ください

被扶養者（家族）が認定日より6ヶ月以内に分娩したとき…….分娩6ヶ月前に加入していた健康保険についてご記入ください

保険者名称（健康保険）	□ 健康保険組合 ☑ 協会けんぽ □ 国民健康保険	被保険者等記号・番号	200 － 423X
		TEL（健康保険）	045（222）123X
被扶養者（家族）の分娩で分娩前6ヵ月以内に会社で勤務していたときその勤務先	株式会社　大崎情報システム	TEL	045（123）123X
上記保険者から出産育児一時金の支給をうけましたか、もしくは請求されていますか。	□ はい	☑ いいえ	

被保険者が喪失後6ヶ月以内に分娩、または被扶養者家族が認定日より6ヶ月以内に分娩した方は記入ください。

出産する医療機関等の	名称	関東大学病院		
		〒 163 － 0001	電話番号	03（3987）654X
		京都新宿区西新宿12－3－4		

被保険者に対する支払金融機関の欄

		預金種別	口座番号	口座名義
東京　銀行	渋谷　[✓ 支店]	普通	2 1 2 3 1 2 3	組合　二郎

☑ 本請求書の提出を事業主に委任します。（委任する場合は☑）

事業所経由で提出する場合は☑を入れてください。

受取代理人の欄

甲（　　　）療機関等である乙（　関東大学病院　）を代理人と定め、

次の

甲か　　　　　　　児付加金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額

（[✓ 上限50万円]・上限57万円（付加金含む）※）の受領に関すること。

令和　8 年　4 月　1 日

どちらかを選択

甲（被保険者）の住所　東京都渋谷区渋谷3－15－6

氏名　組合　二郎

の住所　東京都新宿区西新宿12－3－4

氏名　関東大学病院

受取代理人に対する支払金融機関の欄

金融機関名	店名	預金種別	口座番号	口座名義
東京　銀行	渋谷　本店・[✓ 支店]	普通	5 4 5 6 4 5 6	関東大学病院

訂正者氏名：

【 記入上の注意事項 】

◎ 記入訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し訂正印を押印または欄外「訂正者氏名」にフルネームで署名してください。

◎ 「※」欄の出産に関し請求する費用の額は、どちらかを〇で囲んでください。
なお、資格喪失後6ヶ月以内に分娩された方は上限50万円となります（付加金は支給されません）のでご注意ください。

◎ 産科医療補償制度に未加入の医療機関等で出産した場合（死産を含み、在胎週数第22週以降のものに限る）、上限は48．8万円・55．8万円（付加金含む）になります。

【 添付書類について 】

◎ 出産予定日を証明する書類（母子健康手帳の写し等）を添付して下さい。

【 振込みについて 】

◎ 「上限50万円」を選択した場合、付加金は被保険者へ振込みます。

◎ 医療機関等からの請求額が給付限度額（※で選択した額）を上回る場合、給付限度額を医療機関等へ振込みます。
給付限度額を超えた出産費用分は被保険者が医療機関等に支払います。

◎ 医療機関等からの請求額が給付限度額を下回る場合、請求額を医療機関等へ振込みます。給付限度額までの残額は被保険者へ振込みます。