

健康保険 被保険者 出産育児一時金 請求書【直接支払制度を利用しない場合】
 家族 出産育児付加金

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	1						事業所の名称	慶應義塾・慶應義塾大学医学部			
	被保険者の 氏名							被保険者の生年月日	昭和 平成	年	月	日
	被保険者の 現住所	〒 -										
	被保険者の 電話番号(携帯)	()	(内線)					被保険者の メールアドレス	@			
	家族が出産したときは その者の氏名							家族の生年月日	昭和 平成	年	月	日
	出産年月日	令和	年	月	日			出産児数 人	死産児数 人	死産のときは その妊娠経過期間		週 日
	出産した医療機関等	名称										
		所在地	電話 ()									
	出生児の氏名							出生児と被保険者 との続柄				
	出生児が被保険者の 被扶養者かどうか	ある・ない			出生児が被保険者の被扶養者 でないときはその理由							
出産前6ヶ月以内に、出産した者の保険証に変更があった場合は記入 * 出産した者が被保険者のとき→新しい保険証について記入 * 出産した者が被扶養者のとき→元勤務先の保険証について記入							保険者名	電話番号	記号・番号			
支払金融機関 ※給与受給者は 記入不要	銀行 金庫						本店 支店	預 金 種 別	口座名義			
	口座 番号						1.普通 (フリガナ)					

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 に よ る 証 明 欄	分娩年月日	令和	年	月	日	生産または 死産の別	生産・死産	妊娠	週 日			
	出生児の数	単胎・多胎 () 児				備考						
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 〒 医師・助産師名 電話 ()											
	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する。 令和 年 月 日 市区町村長名 印 電話 ()											

健 保 記 入 欄	産科医療補償制度	支給決定額				常務理事	事務長	担当者	受付印
	<input type="checkbox"/> 加入	法定	円						
<input type="checkbox"/> 未加入	付加	円							

(記入上の注意)

1. 医師・助産師又は市区町村長による証明欄は、どちらか一方で証明を受けてください。

死産の場合は、医師・助産師による証明を受けてください(「妊娠〇週〇日」の記入が必要です)。

2. 市区町村長による証明欄の印は、はっきりと押印してください。また、訂正箇所には各記入者と同じ印を押してください。

(添付書類)

1. 医療機関等との合意文書(直接支払制度を利用しない旨、請求先の保険者が当組合である旨を記載したもの)の写し(海外で出産した場合は不要)

2. 出産費用の領収書・明細書の原本(産科医療補償制度対象分娩については、スタンプ(産科医療補償制度加入機関)が押されたもの)

3. 証明欄に証明を受けられなかった場合は、医療機関もしくは公的機関から発行された出生証明書等の原本

※海外での出産で証明等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所、氏名、電話番号を明記した翻訳文を添付してください。

※海外の出産の場合、①渡航確認書類(旅券や航空券の写し)、②海外の医療機関等に照会することに関する当該海外出産をした者の同意書の提出をお願いする場合があります。