

# 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

|                                                                   |                                           |                 |           |                 |              |              |                 |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------|-----------|-----------------|--------------|--------------|-----------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄                                   | 健康保険の<br>記号-番号                            | —               |           | 氏 名             |              |              |                 |
|                                                                   | 住 所                                       | 〒 —<br>Tel ( )  |           |                 |              |              |                 |
|                                                                   | 会社名                                       |                 |           |                 |              |              |                 |
|                                                                   | 家族の分娩の<br>場合                              | 家族<br>氏名        |           |                 |              | 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<br>希望<br>口座                            | 金融機関名           |           | 本・支店名           |              | 口座番号<br>(普)  | 請求者名義<br>(カタカナ) |
|                                                                   |                                           | 銀行<br>金庫<br>( ) |           | 本店<br>支店<br>( ) |              |              |                 |
|                                                                   | 医<br>師<br>・<br>助<br>産<br>師<br>証<br>明<br>欄 | 分娩年月日           | 令和 年 月 日  |                 | 分娩種類<br>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。<br>令和 年 月 日<br>所 在 地<br>医療機関 施設名称<br>医師・助産師氏名 |                                           |                 |           |                 |              |              |                 |
| 市<br>区<br>町<br>村<br>長<br>証<br>明<br>欄                              | 本籍                                        |                 |           |                 | 筆頭者氏名        |              |                 |
|                                                                   | 出生<br>届出日                                 | 令和 年 月 日        | 出生児<br>氏名 |                 | 出生<br>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。<br>令和 年 月 日<br>市区町村長名 |                 |           |                 |              |              |                 |

## 【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<br>給<br>決<br>定<br>欄 | 支 給<br>決定額 | 円 | 常務理事 | 担当 | 担当 |  |
|                       |            |   |      |    |    |  |

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】

ダイレクトマーケティングミックス健康保険組合  
〒530-0054 大阪市北区南森町二丁目1番29号 三井住友銀行南森町ビル5階  
TEL (06)4397-3260

- 健康保険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 |  |
|-----|--|