

支給決定並支出伺

理事長	常務理事	事務長		係	出産育児一時金	円
					同 付加金	円
					計	円

こちらの申請は、医療機関において直接払い制度を利用せず、分娩費用を全額ご自身で支払った場合の申請となります。
 直接払い制度を利用される方は、申請は不要です。
 直接払い制度は、上限50万円を健保が分娩された医療機関にお支払いする制度なので、分娩された方の窓口負担が軽減されます。分娩費用が50万円より少なかった場合は、健保からご本人に支給いたします。

記入例 被保険者 出産育児一時金 請求書
 家 族 出産育児一時金付加金

請求者の記入するところ	被保険者等の記号・番号	記号	6	3	番号	8	1	2	3	4	5	6	事業所の名称	リケンNPR株式会社	
	被保険者(請求者)の氏名	山田 花子													
	被保険者(請求者)の住所	〒316-0001 熊谷市野原1234													
	被扶養者が出産のときその氏名・生年月日	氏名													
	出生した年月日	0	8	0	7	2	6	1	死産のときはその旨	妊娠経過期間	10	40	ケ月	週	
	入院して出産したときは、その病産院の名称	熊谷産婦人科医院													
	所在地	熊谷市熊谷1-2-3													
	出生児の氏名	ヤマダ タロウ										被保険者と出生児の続柄	長男		
	委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 令和 8 年 8 月 7 日 被保険者氏名(自署) 山田 花子													

←記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書のいずれかでご確認ください。
 ←番号は左詰めで入れてください。

←被扶養者が出産された場合、こちらに氏名と生年月日をご記入ください。

←事業所が代理で受領し、給与口座へ振り込む形式をとるため、委任状のご記入をお願いします。
 必ず手書きでご記入ください。

←退職される方はご記入ください。原則給与にいれるため、在職中の方は記入不要です。

←医師・助産師または市区町村長の証明をいただくか、母子健康手帳の出生届出済証明のコピーを添付してください。

振込先指定口座	<input checked="" type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄へ記入。)													
	銀行 金庫 信組											本店 支店		
	農協 その他()											出張所 本所 支所		
普通・当座	口座番号											口座名義人	(フリガナ)	

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ	出生した年月日	令和 8 年 7 月 26 日										生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 週)	
	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 8 年 7 月 28 日													
	医療施設の名称	熊谷産婦人科医院												
	医療施設の所在地	埼玉県熊谷市熊谷1-2-3												
医師・助産師名	熊谷 良子										TEL	48 (1234) 1234		
本籍											筆頭者氏名			
出生届出日	年	月	日	出生児氏名						出生年月日	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														

令和 8 年 8 月 7 日 受付年月日

(注) 領収書のコピーを添付して下さい。
 領収証に「産科医療補償制度」のスタンプがない場合は、出産育児一時金から産科医療補償制度の保険料を差し引いた額の振込となります。
 ※この申請書は、所属事業所担当を経由して提出してください。 リケンNPR健康保険組合 (R8. 4)

←出産育児一時金は子ども1人につき50万円です。この金額には産科医療補償制度の保険料12,000円を含んでいます。産科医療補償制度に加入する医療機関で出産した場合は、領収証にスタンプが押されます。スタンプがない場合は、50万円から12,000円を差し引いて支給します。