

健康保険 被保険者 被扶養者 出産育児一時金請求書

(直接支払制度が活用できなかった場合の請求書)

平成 年 月 日提出

被 保 険 者  ( 請 求 者 )  記 入 欄	被保険者証記号番号		事業所の名称		所属		
	—				TEL		
	被保険者の氏名			住所	〒		
	⑩			電話	( )		
	分娩日	平成 年 月 日	生産・死産の別		生産・死産		
	入院して分娩したとき	病院又は診療所の名称、所在地					
	被扶養者が分娩したときはその者の氏名				出生児氏名		
	出生児は被保険者の被扶養者ですか	被扶養者である・ない		被扶養者でないときはその理由			
	注：被扶養者認定日後6ヶ月以内の出産で被扶養者出産育児一時金の申請のとき、または、資格喪失後6ヶ月以内の出産で被保険者出産育児一時金を申請する場合は、被扶養者が以前加入していた健康保険組合・社会保険事務所または共済組合の申請と重複することはできません。						
	武田薬品健康保険組合以外に出産育児一時金の請求をしましたか？ はい いいえ						
(受取委任欄) 本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 (任意継続被保険者の方は、当欄への記入は不要です) 平成 年 月 日 被保険者氏名 ⑩							

\* 医師・助産師または市区町村長が証明する欄はどちらか一方で証明を受けてください。

医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 欄	分娩した年月日	平成 年 月 日	生産	妊娠	カ月
	出生児の数	単胎・多胎( 児)	死(流)産	又は、第	週
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 ⑩				

市 区 町 村 長 の 証 明 欄	本籍	都・道・府・県		筆頭者氏名	
	出生届出日	平成 年 月 日	出生児氏名	出生年月日	平成 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 市区町村長名 ⑩				

武田薬品健康保険組

◎医療機関から交付された費用の領収・明細書(写)・直接支払制度を使用しない旨記述された合意文書(写)を添付。(海外での出産時はこちらの書類は提出不要です。)

合意文書には、申請先保険者名が明記されているか、また産科医療補償制度に加入している医療機関で出産した場合はそれを証明する印があるかどうかご確認の上添付して下さい。

◎出生の証明については、医師または、市区町村長の証明のどちらかが必要です。

本請求書に証明がない場合は、出生届受理証明書または戸籍謄本を添付ください。(コピー不可)

書類に不備がある場合は、お支払ができませんので、必ず確認の上申請して下さい。

◎武田薬品・任意継続の方は、健康保険組合へ、武田薬品以外の方は各会社の健保事務担当者に提出して下さい。

健保確認欄