☆ 太線枠内は、記入しないでください

届書コード	※ 支給決定・支出決議書				常務理事	部長	次長	課長	担当者
63A	決定日	年 月 日	支給日	年 月 日					
資格関係照合	取得 強制	年 月 日	喪失 強制	年 月 日					
	任継	年 月 日	任継	年 月 日					

出産年月日	年 月 日	貸付 なし・あり	支給決定額 出産育児一時金（要¥マーク・訂正不可）	円
被扶養者認定日	年 月 日	円	出産育児一時金付加金（要¥マーク・訂正不可）	円
備考	直接支払・受取代理制度利用なし			

健康保険 被保険者 被扶養者 出産育児一時金（付加金）請求書

◎記入するときは、うらの注意事項をよく読んで誤りのないようにしてください。

被保険者（請求者）が記入するところ

被保険者等の記号・番号	被保険者の生年月日	事業所の名称
	昭・平 年 月 日	

被扶養者の出産であるときは被扶養者の	氏名		生年月日	昭・平 年 月 日	被保険者との続柄	
出産年月日	年 月 日		生産又は死産の別	生産・死産（妊娠 ヶ月）		
出生児の氏名と続柄			出生児の数	単胎・多胎（ 児）		
出生児があなたの被扶養者であるかどうか	イ.私の被扶養者である ロ.夫の被扶養者である ハ.その他（ ）	この出産に対して他の保険者から給付が受けられるか	イ.受けられる ロ.受けられない	日雇特例被保険者として支給を受けたときはその額	円	

保険の種類等

イ． 被保険者の出産の場合：退職後、被保険者（夫など）の被扶養者となったときは、その健康保険証等の

ロ． 被扶養者の出産の場合：被扶養者が以前１年以上働いており、退職後６ヶ月以内に出産したときは、その当時の、または退職後、任意継続をしていたときは、その健康保険証等の

保険者名	記号・番号
国民健康保険 全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合	

備考欄		被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。（マイナンバーを記載した場合は、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。）

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

大阪ニット健康保険組合理事長

〒 －

被保険者の住所（請求者）

氏名

電話 （ ） －

この欄の訂正は被保険者（請求者）の印

被保険者が在職中のとき		被保険者が退職しているとき			
領収委任状	この給付金の領収方を私の勤務する事業所事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者の氏名	給付金振込口座	1.振込 2.当地	金融機関コード	
			金融機関名	銀行 支店	
			預金種別	普通	口座番号
			（フリガナ）口座名義人		

医師・助産師が証明するところ

出産年月日	年 月 日	生産の別	生産・死産
出生児の数	単胎・多胎（ 児）	死産	妊娠第 週 又は第 ヶ月

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 （ ） －

注　意　事　項

①被保険者本人の出産育児一時金と家族出産育児一時金は重複して請求できません。従って、両方の請求資格があっても併給されませんから、どちらかを選択して請求することになります。なお、この場合で当組合分を選択して請求されるときは、非選択の保険者（健保組合、全国健保協会、共済組合）が支給しない旨の証明等、「出産育児一時金・家族出産育児一時金支給選択届」を添付してください。

②領収委任状欄は、被保険者（請求者）が在職中のときは必ず記入してください。

③直接支払制度合意書（写）、領収書（写）を添付してください。
なお、産科医療補償制度に加入している医療機関については、領収書に「産科医療補償制度」の印鑑の捺印をお願いしてください。

※この請求書には、医師又は助産師証明欄がありますが、この欄は給付金の請求事務を円滑に行なうために設けているものです。

しかしながら、健康保険法施行規則における医師又は助産師証明、市区町村長証明の取扱いについては、被保険者等が請求する場合はこれらのうちどちらかを請求書に添付したうえ健保組合に提出することとされています。

つきましては、施行規則による方法で請求される場合は、被保険者記入欄についてのみ記入した請求書に、医師又は助産師の証明書又は、市区町村長の証明（出生届出済証明のページの母子手帳のコピー、戸籍抄本の写し、両親及び出生児名が記載されている住民票の写し、いずれか１つ）を添付のうえ提出していただいて結構です。