

この欄は何も記入しないこと
本件支給決定してよろしいか

常務理事	事務長		担当者	支給決定欄									
				法定 付加	出 育	産 児	※						
出産年月日	年 月 日							1	1	0	0	0	
資格関係	年 月 日取得 年 月 日喪失			合計金額									
扶養認定日	年 月 日 認定			備考									



健康保険 被保険者 出産育児一時金 請求書
家 族 出産育児付加金

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者の 記号番号	記号	番号	②被保険者 の氏名										
	③被保険者の住所	〒 _____ Tel. _____												
	④事業所の名称													
	⑤家族（被扶養者）の分娩の請求の場合、その者の													
	氏名	生年月日			年	月	日	続柄						
⑥分娩年月日	年 月 日			生産児数	人	死産児数	人（妊娠第	週・妊娠	か月）					
⑦資格喪失後の被保険者分娩の場合・・・分娩時に加入しておられた健康保険についてご記入ください。														
⑧ご家族が西プラ健保に加入して6か月以内に分娩した場合・・・以前にそのご家族が加入していた健康保険についてご記入ください。														
健康保険の名称	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 国民健康保険		健康保険組合にご加入の場合、その 健保組合の電話番号 Tel. ()				保険証の 記号・番号と 被保険者氏名		記号 _____ 番号 _____ 氏名 _____					
市 区 町 村 証 明 欄 医 師 ・ 助 産 婦 又 は	分娩年月日	年 月 日			生産又は死産の別		生産 死産（妊娠第 週・妊娠 か月）							
	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。 年 月 日 医療機関名称 所在地 医師・助産婦名													
	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。 年 月 日 市区町村長名 ㊟													
振込先	銀行・農協 本店・支店		信用金庫 出張所		信用組合 支所		預金種目		口座番号			口座名義（フリガナ）		
							普通 当座					(フリガナ)		
委任状	私は、本請求に基づく給付金の受領を 住所 _____ 氏名 _____ に委任します。 年 月 日 被保険者氏名 _____ ㊟										支 給 日			

裏面の注意事項をよく読んでから記入してください。

西日本プラスチック工業健康保険組合 202304 改

記入するときの注意事項

- 記入するときは、鉛筆は使用しないでください。
 - 記入もれのないように注意してください。
 - 別途、必要書類等の提出をもとめる場合があります。
 - 訂正したところは、それぞれに訂正印を押してください。
- ①②欄 健康保険証に記載されている記号番号と被保険者氏名を記入してください。
資格喪失後の被保険者出産育児一時金の請求の場合は、在職中の記号番号を記入してください。
- ③欄 必ず郵便番号から記入してください。
- ④欄 被保険者の勤務先の事業所名を記入してください。
- ⑤欄 家族（被扶養者）が出産した場合にのみ記入してください。
- ⑦⑧欄 ⑦に該当する場合は分娩時に加入しておられた健康保険の健康保険証を見て、記入してください。
⑧に該当する場合は当健保組合に加入される前に加入しておられた健康保険について記入してください。
わからない場合は、以前のお勤め先等にご確認ください。
- 振込先 被保険者名義の口座に振込を希望される場合は、委任状欄は空欄のままで結構です。
- 委任状 代理人名義の口座に振込を希望される場合は、委任状欄に代理人の住所・氏名を記入し、被保険者が署名・押印してください。（この欄の押印については省略することはできません。）

医師・助産婦又は市区町村証明欄

- 証明はいずれか一方だけで結構です。
- 海外での出産の場合は、出生証明書の原本の提出が必要です。
- 証明が外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名、住所を記載したもの）も添付してください。

申請に必要な添付書類

- ※ 法定給付額は 48.8 万円〔ただし産科医療補償制度に加入する医療機関等において、在胎週数 22 週に達した日以後の出産（死産を含む）がなされたと認められた場合は 50 万円〕です。
- 産科医療補償制度に加入する医療機関での出産の場合は、所定のスタンプを受けた領収書のコピーを添付してください。
 - 医療機関から受け取る明細書・合意書のコピーを添付してください。
- ◎被保険者証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、請求書の余白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身分証などの添付書類が必要です。）