


※組合記入欄	支給額	円	摘要
--------	-----	---	----

被保険者 家族 出産育児一時金請求書 (兼差額申請用) 321

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被 保 険 者 の 保 険 証 記 号 ・ 番 号	記号		② 事 業 所 の 名 称 ・ 所 属	名称		所属	
	③ 出 生 児 の 氏 名 等	(第 子)	生産児数 人	④ 出 産 年 月 日	令和	年	月	日
	⑤ 出 産 し た 家 族 の 氏 名 等	(旧姓)	⑥ 出 産 し た 家 族 の 生 年 月 日	昭平令	年	月	日	
	⑦ 出 生 児 が 被 扶 養 者 か ど う か 等	ある	ない理由	(13)直接支払制度	⑧ 死 産 の と き は そ の 旨 等	(妊娠第 月)	死産児数	人
医 師 ・ 助 産 師 ・ 市 区 町 の 証 明	⑨ 出 産 年 月 日 又 は 出 産 児 の 数	令和 年 月 日	単胎・多胎 (児)	⑩ 生 産 ・ 死 産 の 別	生産・死産	(妊娠第 月又は第 週)		
	上記のとおり相違ないことを証明する 令和 年 月 日 医師・助産師 又は市区町村長 住 所 医療機関 医師 (産医補加入スタンプ印押印箇所) TEL						※ 市区町村長の 証明印 (出産のみ) 	

※被扶養者認定日以後6ヶ月以内の出産で、家族出産育児一時金の請求のとき、又は、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請求するときは、次の証明をお願いします。

以 前 健 保 証 明	(11) 元被扶養者名 (記号・番号)		(12) 資格喪失年月日	年 月 日
	上記について出産育児一時金(家族)を支給していないことを証明します。 年 月 日 健康保険名称 所在地・TEL 氏 名			

委 任 す る と こ ろ	令和 年 月 日 上記のとおり請求します。 南海電気鉄道健康保険組合理事長 殿 私は上記請求に関する一切の事務を に委任いたします。
---------------------------------	--

受付日付

被保険者の
住 所
氏 名

20220401 改訂

◎請求上の注意

- 被保険者が出産したときは、「被保険者」を、被扶養者が出産したときは、「家族」を○で囲んで下さい。
- 同一の出産につき、「出産育児一時金」と「家族出産育児一時金」等の複数の給付を受けることができません。
- この請求をするときには、必ず分娩機関発行の①合意書(写)、②領収・明細書の写し(産医補加入スタンプ印)を添付し健保組合に提出して下さい。

この申請書には、医師又は助産師証明または市区町村長証明の記入が必要です。

医師・助産師の証明を受ける場合は押印不要ですが、市区町村長から証明を受ける場合は押印必須(※)した上で提出して下さい。

ご本人の同意なく本目的外に使用いたしません。現職の方は、事業主経由にて手続き・支払いを行います。

南海電気鉄道健康保険組合