

両面印刷で
出力してください

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

請求書は、黒のボールペン等（消えるインク不可）を使用し、楷書で丁寧に記入ください。

本人 記入欄	保険者証 記号	9	番号	99999	社員番号	9999999		
	氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子 自署			生年月日	昭和 平成	1年 5月 13日	
	住所	〒 999-9999 ○○県○○市○○町12-34					電話番号 (日中の連絡先)	999 (9999) 9999
	給付金の受領 について	右記に☑および 日付を記入	☑	給付金の受領を事業主に委任します。 (ウナナナクール、ランジェノエル所属、任意継続者、資 格喪失者)は不要です		請求書 作成日	令和 4年 1月 23日	
ウナナナクール、ランジェノエルに所属されている方、任意継続者、資格喪失者（請求後に退職予定の方も含む）は、請求者名義の振込口座をご記入ください。								
金融機関	事業所がウナナナクール、ランジェノエルの方、請求後退職する方、退職者(任意継続含む)は、必ず口座を記入してください						支店	
預金種別	(カタカナ)							

申請内容	出産した者	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 家族（被扶養者）	出生児の氏名	(フリガナ) ケンボ ハナ 健保 華	死産・流産・人工妊娠 中絶の場合は、記載 は不要です		
	家族(被扶養者)の 場合はその方の	氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日	続柄	
	出産した 年月日	令和 4年 1月 5日	生産児 数	1人	死産児 数	人	死産のとき (妊娠経過期間)	ヵ月 週
	出産した 医療機関等	名称	○○レディースクリニック		所在地	○○県○○市○○町99-99		
出産した方の 健保加入状況	●被保険者 ⇒ 当組合の資格喪失後、6か月以内の出産ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ							
	●家 族 ⇒ 当組合に加入後、6か月以内の出産ですか？ 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。							
	●被保険者 ⇒ 現在加入している保険者について				保険者名			
●家 族 ⇒ 当組合加入前に加入していた保険者について				記号・番号				

医師・助産師証明欄	出産した 年月日	令和 年 月 日	生産または 死産の別	<input type="checkbox"/> 生産	<input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 ヵ月 週)	
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)	産科医療 補償制度	<input type="checkbox"/> 加入	<input type="checkbox"/> 未加入	
	直接支払制度	<input type="checkbox"/> 利用	医師または助産師に証明を依頼してください			
	上記のとおり相違ない					
	医療機関の所在地					
医療機関の名称		医師の氏名	☎ 電話番号 ()			

※医療機関の名称・所在地はゴム印（スタンプ等）を使用してください。

- 医師または助産師の証明にかえて、市区町村の出生に関する証明添付でも可。（例：母子手帳の市区町村長の証明しているページの写し等）
- 裏面を必ずご確認ください。

健康 保険 組合 使用 欄	取得日	昭・平・令 年 月 日	喪失日	令和 年 月 日
	健康保険組合 使用欄			

受付日付印

女性被保険者が出産したときには、分娩費用の補助として「出産育児一時金」が支給されます。被扶養者である家族が出産したときも同様に「家族出産育児一時金」が支給されます。

※ 健康保険で出産とは妊娠12週（85日）以上を経過した後の生産、死産等をいいます。

■ 対象者

- ワコール健康保険組合加入者（被保険者および被扶養者）
- 被保険者期間が1年以上（任意継続期間を除く）ある退職者で、退職後6か月以内に出産した被保険者

■ 支給額

1児につき500,000円

※ 以下の場合488,000円

- 「産科医療補償制度」に加入していない医療機関等での出産
- 妊娠22週未満の出産、死産等

産科医療補償制度 加入



■ 直接支払制度

直接支払制度とは、出産育児一時金の額を上限として、本人に代わって医療機関等が健康保険組合に出産費用を請求する制度です。健康保険組合は、被保険者に支給する出産育児一時金を医療機関等に直接支払うこととなります。

この制度を利用すれば、病院の窓口で支払う出産費用は、出産育児一時金の支給額を差し引いた額だけですみ、出産後に健康保険組合に出産育児一時金の申請をする必要がなくなります。なお、出産費用が出産育児一時金の額より少ない場合は、その差額が被保険者に支給されるため、出産育児一時金の申請が必要となります。

「直接支払制度」を利用する場合は、医療機関で説明を受け、手続きをしてください。健康保険組合への申請は不要です。

▼▼▼ ご確認ください! ▼▼▼

■ 申請方法

「直接支払制度」を利用する場合	「直接支払制度」を利用しない場合
<p>◎ 出産費用が50万円（または48万8千円）以上のとき健康保険組合への申請は不要です。</p> <p>◎ 出産費用が50万円（または48万8千円）未満のとき出産育児一時金と出産費用の差額を、健康保険組合より被保険者に支給します。</p> <p>【提出書類】</p> <p>(1) 「出産育児一時金請求書」（本紙） 出産した医療機関にて証明を受けてください。(注1)</p> <p>(2) 医療機関から交付される「直接支払制度を利用する」旨の合意文書の写し</p> <p>(3) 医療機関から交付される出産費用の領収・明細書の写し</p> <p>※ 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、「産科医療補償制度加入機関」のスタンプが押されたもの</p> <p>(注1) 出産した医療機関での証明（医師または助産師の証明）にかえて、市区町村長の出生に関する証明の添付でもかまいません。 例：母子手帳の市区町村長の証明しているページの写し、戸籍謄本（抄本）等</p>	<p>【提出書類】</p> <p>(1) 「出産育児一時金請求書」（本紙） 出産した医療機関にて証明を受けてください。(注1)</p> <p>(2) 医療機関から交付される「直接支払制度を利用しない」旨の合意文書の写し</p> <p>(3) 医療機関から交付される出産費用の領収・明細書の写し</p> <p>※ 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、「産科医療補償制度加入機関」のスタンプが押されたもの</p> <p>(注1) 出産した医療機関での証明（医師または助産師の証明）にかえて、市区町村長の出生に関する証明の添付でもかまいません。 例：母子手帳の市区町村長の証明しているページの写し、戸籍謄本（抄本）等</p>

■ 注意事項

- 請求書の受付締めは毎月末日（健康保険組合必着）、支給日は翌月25日（休日の場合は前日）に給与口座へ振り込みます。 ※事業所がウナナナクール、ランジェノエルの方、任意継続者、資格喪失者は指定口座へ振り込みます。
- 保険給付を受ける権利の消滅時効は2年です。出産日の翌日から2年以内にご提出ください。

■ 提出先・お問い合わせ

ワコール健康保険組合 〒601-8530 京都市南区吉祥院中島町29 ☎0120-191095