

出一

被保険者
家族
(被扶養者)

出産育児一時金請求書

アサヒグループ健康保険組合 御中

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|---|---------------|--|---------------|-----------------------------|------------------|---------|--|
| 被 保 険 者 記 入 欄 | 被保険者証の 記号・番号 | — | | 事業所名 | | | | | | |
| | 被保険者の氏名 | Ⓜ | | 被保険者の 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | | |
| | 分娩年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 死産のときは その旨 | 妊娠 | ヵ月 週 | 死産 | |
| | 出生児の氏名 | | | | 被保険者と出 生児との続柄 | | | 出生児は被扶 養者であるか | ある ・ ない | |
| | 被扶養者が 分娩したとき | 分娩者氏名 | | | 分娩者の生年月日 | | | 被保険者との続柄 | | |
| | | | | | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | | |
| | | 出産の6ヵ月前はアサヒグループ健康保険組合の被扶養者でしたか? | | | | | はい ・ いいえ → いいえの方は 下の欄も記入 | | | |
| | | アサヒグループ健康保険組合の 被扶養者となる前に加入していた 健康保険の名称 | | | <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 | | | | | |
| | | ※前加入の健康保険に請求資格がある方は、別紙「出産育児一時金支給に関する証明書」を添付 | | | | | | | | |
| | 分娩した医療機関 | 名称 | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| 委任状 | この保険給付金の受領方を所属事業所に委任します。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名 Ⓜ TEL | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--------------|---|---|----|-----|-------|---------------|
| 医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 欄 | 分娩年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | 生産又は死産の 別 | 生産 ・ 死産 (妊娠 | | | ヵ月 | 週) | 出生時の数 | 単胎 ・ 多胎 (児) |
| | 上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療施設の名称 所在地 TEL 医師・助産師名 Ⓜ | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------|-----------------|---|---|---|-----|--|--|
| 健 保 記 入 欄 | 出産育児一時 金 | 50万円 ・ 42万円 | 産科医療補償制度加入機関での分娩(ただし在胎22週以上)の場合、「※5」を添付 | | | | | |
| | ◎ | 48.8万円 ・ 40.8万円 | 上記以外の分娩の場合 | | | | | |
| | 資格取得日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 受付印 | | |
| | 資格喪失日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | |

(2023.4)

- ◎ 令和5年4月1日以降、産科医療保障制度加入機関で分娩した場合50万円、未加入機関の場合は48.8万円。
令和5年3月31日～令和4年1月1日に、産科医療保障制度加入機関で分娩した場合42万円、未加入機関の場合は40.8万円。
令和3年12月31日以前に、産科医療保障制度加入機関で分娩した場合42万円、未加入機関の場合は40.4万円。

- ※1. 「医師又は助産師の証明欄」に証明をもらってください。
又は「戸籍謄本・抄本」、生後14日以内に市区町村に提出する「出生証明書(写)」を添付してください。
※2. 死産の場合は、請求書に妊娠何ヵ月目の死産であるかを医師に書き入れてもらってください。
※3. 当組合の資格喪失後6ヵ月以内分娩の場合は、別紙「出産育児一時金支給に関する証明書」を添付してください。
※4. 直接支払制度を利用しない合意書(写)を必ず添付してください。
※5. 50万円(42万円)を申請する時は、産科医療補償制度加入機関の捺印入りの領収書の(写)を添付してください。