

資格取得日	平成・令和	年	月	日
資格喪失日	令和	年	月	日
扶養認定日	平成・令和	年	月	日
支給内訳	法定	円	現存・喪失後	
	付加	円		
支払年月日	令和	年	月	日

支給支払決議書				
常務理事	事務長	経理担当	給付担当	適用担当
備考	貸・有 貸・無			受付日付印

- [1]  被保険者(本人)  
 被扶養者(家族)

## 出産育児一時金(付加金)請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	[2]被保険者証の 記号-番号	—			[3](在籍してい る)事業所名	
	[4]被保険者の 氏名				[5]生年月日	昭和・平成 年 月 日
	[6]被扶養者(家 族)の出産のとき	氏名			[7]生年月日	昭和・平成 年 月 日
	[8]出産年月日	令和 年 月 日			[9]死亡のとき はその旨	
	[10]出生児の氏名	(フリガナ) (氏名)			[11]被保険者と 出生児との続柄	
	[12]出産した 医療施設	(医療施設等の名称)			(TEL)	
	[13]出生児は被 扶養者ですか	はい・いいえ			[14]「いいえ」の場 合は理由	
	[15]被保険者名 義の 振込先金融機関	預 金 種 別	1 普通 2 当座	銀行 信組 金庫 農協	本店 支店 出張所	口座名義 (フリガナ) (名義)
	[16]直接支払制 度について	①直接支払制度に同意しました ②直接支払い制度に不同意しました ③直接支払制度未導入に合意しました ④前健康保険組合に請求します				
		上記にて、「②」「③」「④」と答えた方は下記の[17]~[22]をご記入ください。(協会けんぽ・国民健康保険・共済組合等も含まれます。) ※分娩日が、ひかり健康保険組合の資格を取得してから1年以上経過している場合は未記入でも可				
[17]分娩者が以前 に加入していた 健康保険組合	名称			[18]前健康保険組 合の電話番号	TEL ( )	
[19]前保険証の 記号-番号	—			[20]分娩者は その健康保険の	被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者	
[21]分娩者の 加入期間	自 平成・令和 至 平成・令和	年 月 日	年 月 日	[22]前健康保険 から給付を受け ますか	う け る ・ う け な い	
上記のとおり申請します。また、保険者(ひかり健保)が必要であると認めるときは前保険者に照会を求めることに同意します。						
令和 年 月 日 円						
住所 被保険者 氏名 TEL ひかり健康保険組合理事長 殿						

医 師 ・ 助 産 師 ま た は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る 欄	[23] 出 産 年 月 日	令和 年 月 日	[24] 生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊娠第 月又は第 週)		
	[25] 出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 ( 児 )		[26] 直 接 支 払 制 度	同 意 して いる ・ 不 同 意 して いる ・ 未 導 入	
	上 記 の と お り 相 違 い の こ と を 証 明 し ま す 。					
	令和 年 月 日 円					
	所在地 医療機関の 名称 医師・助産師名 TEL ひかり健康保険組合理事長 殿					
	[27] 本 籍					
	[28] 筆 頭 者 名	[29] 出 生 届 出 日	令和 年 月 日			
	[30] 出 生 児 氏 名	[31] 出 生 年 月 日	令和 年 月 日			
	上 記 の と お り 相 違 い の こ と を 証 明 し ま す 。					
	令和 年 月 日 市 町 村 長 名 ひかり健康保険組合理事長 殿					

【添付書類】

- 直接支払制度に関する同意・不同意書の写し (未導入の場合は未導入に対する証明書の写し)  
 領収書(請求書)もしくは直接支払の明細書の写し  
※産科医療補償制度に加入している医療施設で分娩された方は、産科医療補償制度スタンプ印もしくは「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言を領収書か直接支払の明細書に押印・印字頂いてください。

【注意事項】

直接支払制度に同意している場合、また、前健康保険組合へ法定給付分の請求を行っている場合でも付加金の支給があります。本請求書を必ず提出してください。

# 分娩時の「領収書コピー」及び 「直接支払制度同意書コピー」を 添付してください。

## ◆確認事項◆


- 産科医療補償制度に加入されている方は、領収書または明細書に『産科医療補償制度加入機関』のスタンプ印の押印もしくは「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言の記載があるかご確認ください。
- 直接支払制度に同意している方は同意書のコピーを添付して下さい。直接支払制度に同意していない方は不同意書のコピーを添付して下さい。未導入の施設では、未導入に対する証明のコピーを添付して下さい。

事業所の窓口へご提出下さい。

記入例

【記入する際の注意】

- 黒のボールペンで記入してください。 ※鉛筆、修正テープ、消えるボールペンは使用しないでください。
- 記入内容を訂正する場合は、間違えた部分に二重線を引いてご本人の印鑑を押してください。
- ※ 証明書などが外国語で記載されている場合は翻訳文を添付してください。

例) 〒 × × × × 

[1] 分娩した対象者を選択してください

[10] 多児出産(双子などの場合は、全ての出生児の氏名を記入してください) 死産児(死産・流産・人工妊娠中絶等)については氏名の記載は不要です

[16] ②、③、④を選択した方は必ず記入してください。 ※分娩日が、ひかり健康保険組合の資格を取得してから1年以上経過している場合は、未記入でも可

医療機関または役所のどちらか一方で証明をうけてください。 死産の場合は、医師・助産師に証明を受けてください。


[2] 記号と番号 [3] 事業所名は保険証に記載されていません。



[6]と[7]は被扶養者(家族)の出産の場合に、対象者を記入してください。

[14] 被扶養者としなければその理由を記入してください。 例) 夫の扶養に入る為

**出産育児一時金(付加金)請求書**

[1]  被保険者(本人)  被扶養者(家族)

[2] 被保険者証の記号・番号	1 — 12345	[3] (在籍している)事業所名	株式会社 ○×通信
[4] 被保険者の氏名	光 太郎	[5] 生年月日	昭和・平成 54 年 10 月 31 日
[6] 被扶養者(家族)の出産のとき	氏名 光 幸子	[7] 生年月日	昭和・平成 55 年 9 月 11 日
[8] 出産年月日	令和 6 年 5 月 1 日	[9] 死亡のときはその旨	
[10] 出生児の氏名(フリガナ)	ヒカリ イチロウ	[11] 被保険者と出生児との続柄	長男
[11] 出生児の氏名(氏名)	光 一郎		
[12] 出産した医療施設(医療施設等の名称)	△△△産科・婦人科医院 (TEL) 03-1234-□□□□		
[13] 出生児は被扶養者ですか	はい・いいえ	[14] 「いいえ」の場合は理由	
[15] 被保険者名義の振込先金融機関	預金種別 1 普通 2 当座	銀行 信組 農協 金庫	本店 口座名義 ○×通信 支店(フリガナ) 出張所(名義) ヒカリ タウ
[16] 直接支払制度について	① 直接支払制度に同意しました ② 直接支払制度に不同意しました ③ 直接支払制度未導入に合意しました ④ 前健康保険組合に請求します		
上記にて、「②」「③」「④」と答えた方は下記の[17]~[22]をご記入ください。(協会けんぽ・国民健康保険・共済組合等も含みます。) ※分娩日が、ひかり健康保険組合の資格を取得してから1年以上経過している場合は未記入でも可			
[17] 分娩者が以前に加入していた健康保険組合	名称 ○○×健康保険組合	[18] 前健康保険組合の電話番号	TEL 03 (××○○) 5678
[19] 前保険証の記号・番号	△△ — ○○○○	[20] 分娩者はその健康保険の	被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者
[21] 分娩者の加入期間	自 平成・令和 20 年 4 月 1 日 至 平成・令和 6 年 1 月 15 日	[22] 前健康保険から給付を受けますか	う け る ・ う け な い
上記のとおり申請します。また、保険者(ひかり健保)が必要であると認めるときは前保険者に照会を求めることに同意します。			
令和 6 年 5 月 12 日 〒 ×××-△△△△			
被保険者 住所 東京都豊島区○○町×××-△△			
氏名 光 太郎  ひかり健康保険組合理事長 殿			
TEL 090 - ○○○○ - ××××			

医師・助産師	[23] 出産年月日	令和 6 年 5 月 1 日	[24] 生産・死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠第 月又は第 週)
または	[25] 出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)	[26] 直接支払制度	同意している ・ 不同意している ・ 未導入
市区町村長が証明する欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 6 年 5 月 16 日 〒 ×××-△△△△			
	所在地	東京都豊島区○○-1	 ひかり健康保険組合理事長 殿	
	医療機関の名称	△△△産科・婦人科医院		
	医師・助産師名	健康 一郎		
	TEL	03-1234-□□□□		
	[27] 本籍			
	[28] 筆頭者名		[29] 出生届出日	平成 年 月 日
	[30] 出生児氏名		[31] 出生年月日	平成 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			
	市 町 村 長 名  ひかり健康保険組合理事長 殿			

【添付書類】

- 直接支払制度に関する同意・不同意書の写し(未導入の場合は未導入に対する証明書の写し)
- 領収書(請求書)もしくは直接支払の明細書の写し
- ※ 産科医療補償制度に加入している医療施設で分娩された方は、産科医療補償制度スタンプ印もしくは「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言を領収書か直接支払の明細書に押印・印字頂いてください。

【注意事項】

直接支払制度に同意している場合、また、前健康保険組合へ法定給付分の請求を行っている場合でも付加金の支給があります。本請求書を必ず提出してください。