

\*添付資料

- ・領収書のコピー
- ・直接支払制度の合意文書のコピー
- ・住民票+母子手帳（分娩日/分娩者のわかるページ）のコピー（医師助産婦から証明をもらわない場合）

用紙C-13号(令和6.12)

同 年 月 日	令和 年 月 日	支 払 年 月 日	令和 年 月 日	担 当
資 格 取 得 日	平 成 年 月 日	資 格 喪 失 日	令和 年 月 日	
支 給 額 ( 法 定 給 付 )				円

記入・押印不要（健保使用欄）

被保険者・家族 出産育児一時金 請求書

被保険者等 記号・番号	記号	101	番号	12345	被保険者氏名	健保 太郎														
分娩年月日	令和	XX年	XX月	XX日	出生児名	健保 次郎	続柄	長男												
被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	分娩した場所（病院名等）	×××××病院																		
家族 分娩 の 時 記 入	被扶養者(分娩者)氏名	健保 花子			※ 継続して1年以上被保険者であり、 被保険者の資格を喪失後6ヶ月以内に分娩の場合は 不支給証明書を提出していただく場合もあります。															
	分娩日から6ヶ月前に加入していた健康保険について記入してください。(1~2のいずれかに○を)																			
	① JVCケンウッド健康保険組合の被扶養者 2. その他 1.以外の場合は下の欄にご記入願います。↓↓																			
	当健保に加入6カ月未満（上記 2.その他）の場合のみ記入																			
振 込 先	銀行コード	X	X	X	X	店番号	X	X	X	フリガナ	ケンポ タロウ									
	フリガナ	××××			××××			名義人			健保 太郎									
	××××	銀行・信組 信金・農協			××××			支店			口座番号	X	X	X	X	X	X	X	普	貯・当
	※被保険者の口座をご記入願います。																			
	上記のとおり請求します。																			
	被保険者（請求者）																			
	令和 XX年 XX月 XX日																			
	JVCケンウッド健康保険組合 殿																			
	会社名 JVCケンウッド 所属 XX部XXグループ 〒 123-4567 自宅住所 東京都XXXX・・・ 氏名 健保 太郎 ☎ 012 ( 345 ) 6789																			

村 医 師 が 記 入 す る こ ろ	分娩年月日	令和 年 月 日
	生産又は死産の別	生産・死産（妊娠 ヲ月）
	出生児の数	単胎 多胎 (児)
	上記のとおり相違ありません。	
	令和 年 月 日	
	医師・助産婦名 (又は)市区町村長名 電話番号 ( )	

医師または助産婦に

記入してもらってください。

事業所 健保担当者
※事業所の 健保担当 者が記入
健保受付印
健保使用

注意事項

※直接支払制度を利用しない場合、または分娩費用42万円以下の場合申請してください。

1. 医師または助産師から証明をもらわない場合は出生証明書(または住民票)と母子健康手帳(出生日と出生児名と分娩者名記載)の写しを添付してください。
2. 医療機関の分娩費用の請求書(領収書)の写しを添付してください。
3. 医療機関の直接支払制度の合意文書(写し)を添付してください。
4. 被保険者等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、下部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、個人番号確認と本人確認をするための添付書類が必要です。)