

支給決定 同	資格取得	年 月 日			標準報酬等級		級	支給決定		年 月 日		
	資格喪失	年 月 日			及び金額		千円	支払決定		年 月 日		
	出産育児一時金及び同付加金支給額						備 考		理 事 長	常務理事	事 務 長	担 当 者
	法定給付						円					
	付 加 金						円					
	合 計						円					

被保険者
家 族 出産育児一時金及び同付加金請求書

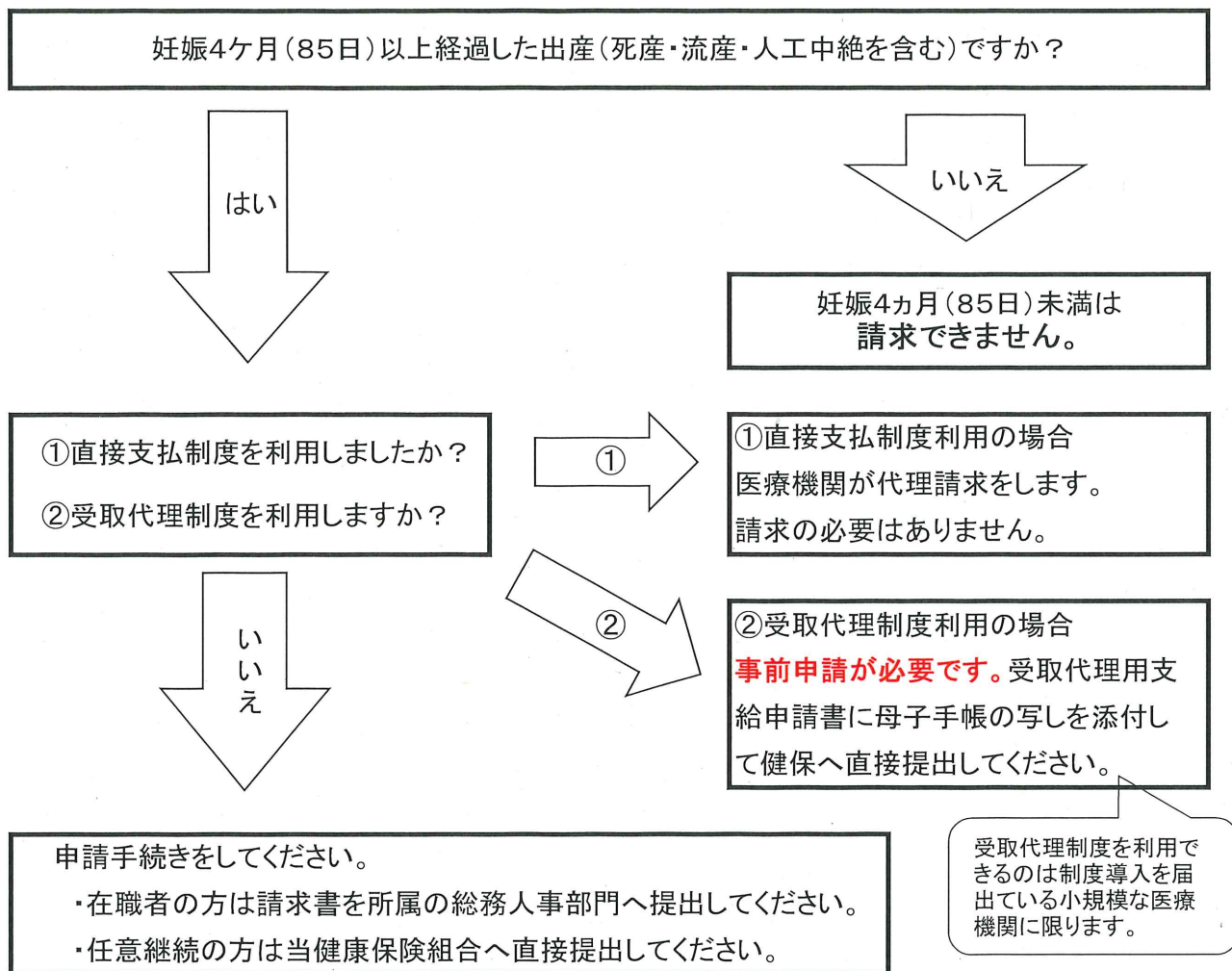
被 保 険 者 の 記 入 欄	被 保 険 者 証		被 保 険 者 氏 名				事 業 所 の 名 称			
	記 号									
	番 号									
	出 産 年 月 日	年 月 日				生産・死産の別	生産・死産 (妊娠 週間) 人			
	出 産 し た 者 の 氏 名					出生児の 数				
	出生児の氏名 及 び 続 柄				続 柄				続 柄	
	出 生 児 が 被 扶 養 者 か ど う か	被扶養者で	ある ない	出生児が被扶養者で ないときはその理由						
	上記のとおり請求いたします。									
	年 月 日 被保険者 住所 氏 名 電話番号 () 番 日本触媒健康保険組合理事長 殿 									

医 師 の 記 入 欄	出 産 年 月 日	年 月 日	左記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日	
	生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊娠 週)		医 師 住 所
	出 生 児 の 数	単胎・多胎 (人)		助産婦 氏 名

委 任 状	日本触媒健康保険組合より支給される (被保険者 家 族) 出産育児一時金 及び同付加金の受領に関する一切の権限を下記の者に委任いたします。 氏 名		資格喪失者には 銀行振込します
	上記委任を受任いたします。 被委任者住所		口座名義人
			銀 行
			支 店
日本触媒健康保険組合理事長 殿 氏 名		普 通 ・ 当 座 No.	

出産育児一時金を申請される方へ

1.下記の事項をよくお読みになって申請してください。



2.必要書類

出産育児一時金請求書＋直接支払制度合意文書の写し＋領収書・明細書の写し＋出生証明書

3.注意事項

- ・請求書の締め切りは毎月25日健保着です。
- ・申請された出産育児一時金は当組合が受付をした翌月に支給しますが、健康保険法にもとづいた審査等のために日数がかかることがあります。
- ・流産・死産等になったとき、妊娠12週を経過している場合は、通常の出産と同様に支給されます。ただし、22週未満の場合は48.8万円の支給となります。
- ・流産・死産等になったとき、出生児の氏名の記載は不要です。
- ・**帝王切開等高額な保険診療が必要とわかった方**は、「限度額適用認定証」の交付申請をしてください。窓口での負担が所得区分に応じた自己負担限度額までとなります。

支給額、支給の条件についての詳細は健保ホームページをご確認ください。