

出産育児一時金請求書の手引き

申請の条件

妊娠4ヶ月以上(妊娠85日以上)の分娩であれば、生産、死産、流産にかかわらず、支給
※ヤマト健保から脱退した女子被保険者の方は下記確認事項をご確認下さい。

支給額

一児につき42万円※

※産科医療補償制度に加入していない場合は39万円/児

必要書類

<請求者全員必要書類>

- ① 出産育児一時金請求書
- ② 医療機関から交付される出産費用の領収・明細書のコピー
- ③ 医療機関から交付される直接払いに係る代理契約に関する文書のコピー
※④ 遅延理由書(出産日から3ヶ月以上経過した場合)

<ヤマト健保の資格取得日から6ヶ月以内に出産された被扶養者の別途必要書類>

・回答書

分娩日から6ヶ月以内に入加されていた当健保以外の健康保険全てについて回答願います。

- (1) 以前国民健康保険に入加されていた方、
その他の健康保険の扶養者だった方、
その他の健康保険の被保険者でその加入期間が1年未満だった方、
健康保険未加入期間のある方は、
回答書の1～3、5の該当欄に記入して下さい。
- (2) 以前健康保険の被保険者でその期間が1年以上の方は、以前入加されていた
健康保険から回答書の4、証明書欄に証明をもらって下さい。
※以前入加されていた健康保険から出産育児一時金を受給できる権利をお持ちのため、
証明書が必要です。

<ヤマト健保から脱退した女子被保険者の別途必要書類>

- ・現在入加している健保の『不支給証明書』の添付が必要(国保加入の場合は保険証のコピー)
- ・脱退後に名字等変わった人は、変わったことわかる公的書類のコピーを添付(免許証など)

確認事項

<ヤマト健保から脱退した女子被保険者>

資格喪失前に1年以上の継続加入期間があり、資格喪失後6ヶ月以内の分娩の場合請求の権利があります

いつまでに

すみやかに(請求権の時効は2年)

どこへ

各事業所及び店所

記入上の注意

※記入・捺印漏れがある場合受理できません。

(本人記入欄)

- | | |
|---------------------|--|
| ① いずれか該当に○と書類記入日を記入 | ⑧ 被扶養者が分娩した場合その者の氏名 |
| ② 記号 | ⑨ 続柄 |
| ③ 番号 | ⑩ 被扶養者の生年月日 |
| ④ 被保険者氏名 | ⑪ 分娩年月日 |
| ⑤ 生年月日 | ⑫ 生産児数 |
| ⑥ 事業所名(現在の勤務先) TEL | ⑬ 死産児数(妊娠経過期間) |
| ⑦ 事業所コード | ⑭ 出生児氏名(多児の場合は複数名記入) |
| | ⑮ 被保険者と出生児の続柄 |
| | ⑯ 被扶養者が以前入加していた健康保険※
※ヤマト健保加入後6ヶ月以内に出産の場合 |
| | ⑰ 委任状(在職者の場合のみ記入) |

(退職者の場合)

- ⑱ 退職後の方、振込み先の記入(振込銀行、支店、口座番号、口座名義、フリガナ)

(医師の証明欄)

- ⑲ 担当した医師・助産婦に証明を頂く

(事業主代理人記入欄)

- ⑳ 事業主代理人の証明

健康 保険 組 合 記 入 欄	受 付		決 裁		支 払		常務理事	事務長	会 計	課 長	担 当	健保No
	支給 決議	支 給 額			取得年月日	. .		生産・死産（妊娠 日）				
		単胎児の場合 420,000 円			喪失年月日	. .		単胎・多胎（ 児）				
多胎児の場合 円			分娩日	. .								

該当に○を

健康保険 ① 被保険者 被扶養者

出産育児一時金請求書

平成 年 月 日提出

被 保 険 者 記 入 欄	② 記号	11	③ 番号	123456	④ 氏名	健保 太郎 <input checked="" type="checkbox"/>	⑤ 生年月日	S.××.××.×	
	⑥ 事業所名	〇〇〇営業所			TEL	×××-××××	⑦ 事業所コード	×××-××××	
	⑧ 分娩した者の氏名	フリガナ	ケンボ ハナコ 健保 花子		⑨ 続柄	妻	⑩ 生年月日	××年××月××日	
	⑪ 分娩年月日	平成×年×月×日	⑫ 生産児数	×人	⑬ 死産児数	人	経過日数	日	
	⑭ 出生児氏名	フリガナ	ケンボ イチロウ 健保 一郎		⑮ 被保険者との続柄	長男			
	⑯ 退職後の方の振込先記入欄（任意継続の方は記入不要）								
	○ ○ 銀行		○ ○ 支店		フリガナ	ケンボ タロウ			
口座番号				口座名義 (被保険者名) 健保 太郎					
⑰ 以前加入していた健康保険 政管健保・組合健保・国保・その他()									

委任状 ⑱ この請求に係る出産育児一時金の受領を事業主代理人に委任致します。 氏名 健保 太郎

⑲ 医 師 の 証 明	分娩した年月日	平成 年 月 日	分娩予定日	平成 年 月 日
	生産・死産の別	生 産	死 産 (妊娠 日)	出生児の数 単胎 多胎 (児)
	上記の通り相違ない事を証明します。 平成 年 月 日			
住 所 〒		TEL		
医 師 医療機関名				
氏 名		印		

⑳ 代 理 人 記 入 欄	上記の通り相違ない事を証明します。 平成 年 月 日			
	住 所 〒		TEL ()	
	事業主 代理人		氏名	
		印		

健康 保険 組 合 記 入 欄	受		決		支		常務理事	事務長	会 計	課 長	担 当	健保No	
	付		裁		払								
	支給 決議	支 給 額				取得年月日	・		・		生産・死産（妊娠 日）		
		単胎児の場合 420,000 円				喪失年月日	・		・				
多胎児の場合 円				分娩日	・		・		単胎・多胎（ 児）				

該当に○を

健康保険 ① 被保険者 **出産育児一時金請求書**

被扶養者 平成 年 月 日提出

被 保 険 者 記 入 欄	② 記号	11	③ 番号		④ 氏名		印	⑤ 生年月日		
	⑥ 事業所名				TEL			⑦ 事業所コード	-	
	⑧ 分娩した者の氏名	フリガナ			⑨ 続柄		⑩ 生年月日	年 月 日		
	⑪ 分娩年月日	平成 年 月 日	⑫ 生産児数	人	⑬ 死産児数	人	経過日数 日			
	⑭ 出生児氏名	フリガナ			⑮ 被保険者との続柄					
	⑯ 退職後の方の振込先記入欄（任意継続の方は記入不要）									
	銀行		支店		フリガナ					
	口座番号				口座名義 (被保険者名)					
⑰ 以前加入していた健康保険 政管健保 ・ 組合健保 ・ 国保 ・ その他()										

委任状 ⑱この請求に係る出産育児一時金の受領を事業主代理人に委任致します。 氏名 ㊟

⑲ 医 師 の 証 明	分娩した年月日	平成 年 月 日	分娩予定日	平成 年 月 日
	生産・死産の別	生 産	死 産 (妊娠 日)	出生児の数 単胎 多胎 (児)
	上記の通り相違ない事を証明します。 平成 年 月 日			
	住所 〒	TEL		
医師 医療機関名				
氏名	印			

⑳ 代 理 人 記 入 欄	上記の通り相違ない事を証明します。 平成 年 月 日			
	住所 〒104-0061	TEL 03(3541)3411		
	事業主 東京都中央区銀座2丁目16番10号			
	代理人 ヤマト運輸株式会社			
氏名 事業主代理人 人事総務部長 大谷 友樹	印			

ヤマトグループ健康保険組合理事長殿

回 答 書

記号 _____ 番号 _____
被保険者氏名 _____ 印 _____
被扶養者氏名 _____

←必ず記入捺印のこと
(現在のヤマトグループ健康保険組合での記号番号)

私は、分娩日より6ヶ月以前は下記の通りであったことを申告致します。

1. 国民健康保険に加入していた場合 ※被保険者氏名は配偶者の方の氏名になります	都・道・府・県	市・区・町・村	国民健康保険	
	保険証の記号番号	・	TEL	— —
	※被保険者氏名			
	資格取得年月日	年	月	日
	資格喪失年月日	年	月	日

2. 健康保険の被扶養者であった場合	保険者名称			
	保険証の記号番号		・	
	被保険者氏名		被扶養者氏名	
	被扶養者認定期間	年	月	日認定
		年	月	日喪失

3. 健康保険の被保険者であった場合 (前保険に請求権が無い場合)	保険者名称			
	保険証の記号番号		・	
	被保険者氏名			
	資格取得年月日	年	月	日
	資格喪失年月日	年	月	日

4. 健康保険の被保険者であった場合

証 明 書

下記の者について平成 年 月 日現在、被保険者出産育児一時金を給付していないことを証明します。

記号 _____ 番号 _____

被保険者氏名 _____

分 娩 日 平成 年 月 日

平成 年 月 日

所 在 地 _____

名 称 _____ 印 _____

※ 保 険 者 _____

電 話 番 号 _____

※保険者の証明とは各々が加入されていた健康保険を管轄している所（健康保険組合、社会保険事務所等）の証明で、勤務していた会社等の証明ではありません。

5. 医療保険未加入期間があった場合	年 月 日～年 月 日
---------------------------	-------------