

## 出産育児一時金について

### 出産育児一時金とは

被保険者及び被扶養者が出産したときには、出産育児一時金として、出生時一人につき、42万円を支給します。妊娠4か月（85日）以上の出産であれば、生産、死産、流産にかかわらず支給します。

ただし、次に該当する場合は、40万4千円を支給します。

- (1) 産科医療保障制度に未加入の医療機関で出産したとき
- (2) 妊娠22週前に出産したとき
- (3) 海外で出産したとき

### 必要書類

支給申請書に次の必要書類を添付して提出してください。

- (1) 医療機関（病院）が発行した出産費用の領収書及び明細書（原本）
- (2) 直接支払制度利用に関する契約書（原本）
- (3) 出産育児一時金の不支給証明書\*

※被扶養者であってヤマトグループ健康保険組合に加入後6か月以内に出産されたとき

### 申請書の提出先

区分	提出先
在職者	事業所の人事（総務）担当部署
退職者・任意継続被保険者	ヤマトグループ健康保険組合

### 注意事項

- (1) 申請書への記入モレや押印モレがある場合は、申請書は受理しません。
- (2) 保険給付を受ける権利は2年を経過すると時効により消滅します。  
時効の起算日は、出産した日の翌日です。
- (3) 領収書等は返却しません。

必要に応じてコピーをとってから原本を提出してください。

健康 保 険 組 合 記 入 欄	受付	常務	事務長	管理M	給付M	担当者	特記事項
	被保険者資格取得日	昭平令	年	月	日	被保険者資格喪失日	年 月 日
	対象者資格取得日	昭平令	年	月	日	対象者資格喪失日	年 月 日
	対象者区分	本人・家族					
	支給決議金額	単胎児の場合			,000 円	多胎児の場合	

(ヤマト運輸社員用) **健康保険 出産育児一時金支給申請書**

被 保 険 者 記 入 欄	①記入日	令和	年	月	日	②事業所名	
	③記号	11	④番号		⑤被保険者氏名		印
	⑥分娩日	年	月	日	⑦連絡先電話番号		
	⑧分娩者氏名	(被保険者との続柄)					
	⑨出生児氏名	(被保険者との続柄)					
	⑩委任状 ※退職者も必ず署名押印すること。	この請求に係る給付金の受領を事業主に委任します。 署名 印					
	⑪退職者振込先口座	銀行名		支店名		口座番号	
		口座名義 (フリガナ) (漢字)					
	⑫従前加入健保 ※ 当健保加入後 6 か月以内に出産した場合は、従前に加入されていた健康保険について記入のこと。	健康保険名称					
		加入時氏名					
		記号番号 (区分)		-		本人・家族	
		加入期間					

※ 分娩者が従前の健康保険組合（国保を除く）に被保険者として1年以上加入していた場合は、不支給証明書を添付してください。

医 師 の 記 入 欄	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠 日)	分娩予定日	年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎 (児)	分娩日	年 月 日
	上記のとおり相違ありません。			
	医療機関	令和 年 月 日		
	所在地: 名称: 医師名:	印 電話番号:		

事 業 主 記 入 欄	上記のとおり相違ありません。			
	事業主	令和 年 月 日		
	所在地: 東京都中央区銀座2丁目16番10号			
	名称: ヤマト運輸株式会社 氏名: 事業主代理人 人事戦略部長 小祝 珠樹 印	電話番号: 03-3541-3411		