

添付書類

- 出産費用の領収書コピー（産科医療保障制度加入医療機関の場合、証明スタンプの押されたもの）
- 医療機関との「直接支払いを利用しない」旨記載の合意文書のコピー
- 海外出産の場合、出産の事実を確認できるもの（要、日本語訳）

直接支払い不活用
または、海外出産
直接支払制度を
利用しない方用

出産育児一時金請求書

記入例

被保険者証 記号・番号	—	事業所名称 所在地		
出産した方の氏名	健保花子 (被保険者との続柄： 妻)		出産日 令和 年 月 日 (児の数： 人)	
退職後6か月以内に 出産した方（該当の方 のみ記入してください。）	勤務していた時の保険 他保険→カルビー健保	出産者本人が退職し、他の保険から、 当健保に加入した場合（勤務していた 時の保険証番号等を記入）		
保険の加入状況	現在加入の保険 カルビー健保→他保険	出産者本人の退職により、カルビー健 保を脱退し、他保険に加入した場合 (現在加入の保険証番号等を記入)		
振込先口座 (被保険者名義のもの)	銀行・支店 農協・信組	支店 出張所		
上記のとおり請求します。 カルビー健康保険組合理事長様 令和 年 月 日 〒 - 住所 被保険者 氏名 健保太郎 ㊞ Tel - -				
医師・助産師 または市区町 村長の証明 (市区町村長の 証明を受けた場 合は、母子手帳 の在胎週数が確 認できるページ のコピーを添付 願います。)	医師・ 助産師	出産年月日	令和 年 月 日	左記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関所在地 名称 医師・助産師氏名
		出産児の数	単胎・多胎 (児)	
		在胎週数	在胎 週	
		生産死産の別	生産 ・ 死産	
市区町 村長	市区町 村長	世帯主名		左記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 市区町村所在地 名称 市区町村長氏名
		住 所		
		出生児名		
		出生年月日	令和 年 月 日	

医療機関または、市区町村いずれ
か一方で証明を受けてください。

市区町村の証明を受けた場合は、
在胎週数確認のため、母子手帳の
コピー（週数記載欄）を添付して
ください。

カルビー健康保険組合

被保険者以外の方が受領する場合のみ、下記委任状をご記入ください。

委 任 状	本請求の給付金に関する受療を、下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名 ㊞
	〒 - 住所 受取代理人 氏名 ㊞ Tel - -