注意事項	・直接支払い制度を利用している方はこの請求書は使用できません。
	・この請求書は、分娩の費用を請求するときに使用します。（出産手当金の請求書は別にあります。）
	・出産育児一時金の請求期間（時効）は、分娩の日の翌日から2年以内です。
	・同一の分娩で2ヶ所に請求することはできません。

添付書類	1・出産に要した費用の領収書のコピー（産科医療保障制度に該当する場合は、スタンプの押印が必要です。）
	2・直接支払制度を利用しない旨の医療機関との合意文書のコピー
	※　出生証明欄に医師の証明又は市区長村の証明を受けてください。

記入上の注意	・消せるボールペン、修正テープ（液）は使用できません。
	・訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容をその上に記入し記入者のサイン又は印を押してください。

記入見本

健康保険　被保険者 被扶養者　出産育児一時金請求書

注）直接支払い制度を利用している方は、この請求書は使用できません。　令和　○　年　○　月　○　日

請求者記入欄

被保険者等の記号ー番号	１ー２３４５６７	被保険者（請求者）氏名	健保　太郎
事業所名	（株）○○○○○	店名	○○○○店
被保険者現住所	〒　１０２ー　００００ 東京都千代田区二番町○-○	電話：　０３（６２３８）００００	
分娩年月日	令和○　年　○　月　○　日	生産・死産の別	生産・死産（妊娠　週）
被扶養者の分娩による請求の場合	（氏名）ケンポ　ハナコ 健保　花子	（続柄） 妻	（生年月日）昭・平・令 ００年００月００日
出生児が被保険者（請求者）の被扶養者となるか	なる　・　ならない →	ならない時の理由	

※次のⒶまたはⒷのどちらかに該当する場合は㋐～㋕と同意欄も記入して下さい。未記入の場合は審査できません。

Ⓐ出産した被扶養者（家族）が、保険証記載の認定年月日から６ヶ月以内に出産した場合
→当組合の前に加入していた保険について、㋐～㋕を調べて記入して下さい。

Ⓑ被保険者（本人）だった方が、資格喪失（脱退）後６ヶ月以内に出産した場合
→現在加入している保険について、㋐～㋕を現在の保険証から転記して下さい。

㋐加入先保険の名称	㋑連絡先	㋒　㋐の保険での記号ー番号
	―　―	―
㋓資格取得（加入）年月日	㋔資格喪失（脱退）年月日	㋕被保険者氏名
令和　年　月　日	令和　年　月　日	

同意項目

☑ 私は、出産育児一時請求書の提出を事業主へ委任することを承諾します。また出産育児一時金請求書に関する調査のため、セブン&アイ・ホールディングス健康保険組合が医療機関等に対し照会を行い回答・提供を受けることに同意します。

☑ 他の給付金同様、出産育児一時金の振込口座は給与口座を希望します。　※会社から給与口座情報を提供いただきますので振込までの手続きが簡単です。

☐ マイナポータル等で事前[illegible]した場合は☑不要です。

注1）口座情報の反映に[illegible]

給与口座を利用する場合は記入不要

（金融機関コード）　銀行・信組　金庫・農協　（店[illegible]）　フリガナ

出生証明欄

Ⅰ 医師・助産師	分娩年月日　令和　年　月　日	生産・死産の別	生産・死産（妊娠　週）
	出生児の数　単胎・多胎（　児）	備考	
	上記のとおり相違ないことを証明する。　令和　年　月　日		
	医療施設名称 医療施設所在地 医師・助産師氏名　） **医療機関・市区町村いずれかで証明を受けてください。※市区町村は無償で受けれるケースが多いです。**		
Ⅱ 区市町村長	本籍地		
	筆頭者氏名	出生届出日　令和　年　月　日	
		出生年月日　令和　年　月　日	
	上記のとおり相違ないことを証明する。　令和　年　月　日		
	区市町村長名　電話　（　）		

申請書に保険証の記号番号を記入された方は不要ですが、記号番号ではなく被保険者の個人番号を記入したい方は下記に記入してください。但し個人番号を記入した場合は、下記の添付書類(①②)両方必要です。
①身元確認用…マイナンバーカード、運転免許証、身体障害者手帳、在留カード、パスポート等の写し
②個人番号確認用…マイナンバーカード、通知カード又は個人番号記載の住民票の写し

セブン＆アイ・ホールディングス健康保険組合　03-6238-2859　R6.11

被保険者等から転記

出産された本人が家族の場合記入

記入にあたっては裏面の記入上の注意をよくご覧下さい。

同意いていただける場合は二箇所に☑

死産場合は医師の証明が必要です。生産の場合は、医師又は市区町村のいずれかの証明を受けてください

A・Bに該当した場合はア～カを記入