

【手続き方法】

●直接支払制度もしくは受取代理制度を利用しないとき

対象者	被保険者・被扶養者
支給詳細	被保険者およびその被扶養者が出産したときは、「出産育児一時金」が支給されます（被扶養者である家族の場合、「家族出産育児一時金」といいます）。「出産育児一時金」は、出産費の補助として、子供1人につき50万円が支給されます。 ●支給される額 本人（被保険者）が出産したとき/ 家族（被扶養者）が出産したとき 出産育児一時金 500,000円※ ※産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理下における、妊娠22週以降の出産（死産を含む）の場合。制度未加入機関での出産の場合は488,000円。

■日本国内で出産した場合

提出書類	①	健康保険 出産育児一時金請求書(直接支払制度もしくは受取代理制度を利用しない場合) ロートグループ健康保険組合のHPより取得
	②	領収書（コピー可） ※産科医療補償制度の対象分娩である場合は「産科医療補償制度」に加入する医療機関において出産した場合は、「産科医療補償制度の対象分娩であること」が明記されていること。 （産科医療補償制度加入機関証明スタンプ押印のある領収書など）
	③	「出産一時金直接支払制度」を利用していないことを証明する書類（コピー可） ※領収書に「直接支払制度を利用していない旨」が記載されている場合は、領収書のみで可
	補足	【申請書に医師・助産師の証明または市区町村長の証明を受けられない場合】 次のいずれかの書類をご提出ください。（コピー可） ●出産を担当した医療機関等の医師・助産師の証明書 ●出産したことを確認できる書類（戸籍謄（抄）本、戸籍記載事項証明書、出生届受理証明書 等） （死産の場合は、死産証書（死胎検案書）等）

■海外で出産した場合

提出書類	①	健康保険 出産育児一時金請求書(直接支払制度もしくは受取代理制度を利用しない場合) ロートグループ健康保険組合のHPより取得
	②	領収書（コピー可）
	③	出産した日（期間）において、実際に海外に渡航していた事実が確認できる書類 （パスポート、査証（ビザ）、航空チケット等）
	④	翻訳文（証明書等が外国語で記載されている場合）
	補足	【申請書に出産を担当した海外の医療機関等の医師・助産師の証明書が添付できない場合】 次のいずれかの書類をご提出ください。 ●出産したことを確認できる書類（戸籍謄（抄）本、戸籍記載事項証明書、出生届受理証明書 等） （死産の場合は、死産証書（死胎検案書）等） ●海外の公的機関が発行する戸籍や住民登録に関する書類、および、「医師・助産師の証明の添付が困難である理由」と「出産した医療機関名・担当医等」を記載した書面

●申請書送付先

〒544-8666

大阪府大阪市生野区巽西1-8-1

ロートグループ健康保険組合

給付担当宛

健康保険

☐被保険者
☐被扶養者

出産育児一時金請求書

(直接支払制度もしくは受取代理制度を利用しない場合)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号	記号	被保険者(請求者) の氏名・生年月日		フリガナ				
		番号			昭和・平成 年 月 日				
		被保険者 (請求者) 現住所	〒						
	出産した者	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者	氏名	出産年月日		令和 年 月 日	TEL		
		生産または死産の別		生産・死産	生産児数	人	死産児数	人	
	①出産した方 ・被保険者→退職後6ヶ月以内の出産ですか ・被扶養者→被扶養者認定日後6ヶ月以内の出産ですか				はい / いいえ				
	①-1 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください ・被保険者→現在加入している保険者について ・被扶養者→認定日以前に加入していた保険者について				保険者名				
					記号		番号		
	①-1-(1) 同一の出産について、①-1の保険者より出産育児一時金を				受けた / 受ける予定 / 受けない				
	委任状	この請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委託します。 被保険者(請求者) 氏名 代理人 住所 氏名							
振 込 口 座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑、利用しない場合は下記の欄を記入してください) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、 <u>上記委任状で受取代理人を指定する場合は公金受取口座を利用できません。</u>								
	銀行		銀行コード		預金種別		普通・当座		
	金庫・信組 農協・漁協				口座番号				
	本店 支店		支店コード		名義人(フリガナ)				
証 明 欄 (い ず れ か に 証 明 を 受 け て く だ さ い)	よる医師 ・ 証明 の 産 場 に 合 に	分娩年月日		分娩予定年月日		生産・死産の別		単胎・多胎の別	
		令和 年 月 日		令和 年 月 日		生産・死産 (妊娠第 週又は 日)		単胎・多胎(児)	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師または助産師の氏名 TEL								
	よる市区町村 証明の 場合	本籍				筆頭者氏名			
		母の氏名	出生児 氏名		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 市区町村長名 印									

- 訂正がある場合は二重線で消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。
- 給付金の受領を代理人に委任するときは、「委任状」欄と「振込口座」欄ともに記入してください。

組 合 使 用 欄	資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日
	産科医療補償制度	制度加入あり	支払額	500,000
		制度加入なし		488,000
				不支給