

## （記入上の注意）

### I. 被保険者への注意事項

1. 標題は、被保険者が分娩したときは、「被保険者」を、家族が分娩したときは、「家族」を○印で囲んでください。
2. ⑧欄の分娩した場所は、分娩した病院、診療所又は助産所などの医療施設名を記入してください。  
（なお、自宅分娩の場合は、その旨を記入してください。）
3. ⑨欄は、被保険者（本人）の出産育児一時金の請求であるときは、斜線で抹消してください。
4. ⑩、⑪欄には、出生児が複数のときは、それぞれの氏名、生年月日を記入してください。
5. ⑭欄には、他の医療保険制度から既に出産育児一時金、家族出産育児一時金を受けているときは、その旨を記入してください。
6. ⑮欄は、被保険者（本人）が直接受領するときに、被保険者の希望する振込金融機関名を記入してください。
7. ⑯欄には、被保険者の資格を喪失した後の分娩であるときは、資格喪失年月日を、生産であったが間もなく死亡したときは「出生児は、〇〇時間生存した後死亡」などのことを記入してください。
8. ⑰欄の「出産育児一時金（家族出産育児一時金）・出産育児一時金付加金（家族出産育児一時金付加金）」の文字で不要のものは抹消してください。
9. 請求した給付の金額について受領を委任する場合であっても⑰欄に受領委任した金額を記入してください。
10. ⑱欄は、委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込金融機関名を記入してください。
11. 医師又は助産婦の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名、住所等を記載したもの）を添付してください。
12. 産科医療補償制度に加入していることを証明するスタンプが押された医療機関の「領収書」を添付してください。

### II. 医師、助産婦又は市区町村長への注意事項

⑳欄は、該当する文字を○印で囲み、死産の場合は、妊娠第〇月又は第〇週であったかを記入してください。