

健康保険被保険者 健康保険者 出産育児一時金支給申請書

令和 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の記号-番号	〇〇〇-〇〇〇〇	被保険者の氏名	(フリガナ) テツドウ ミライ 鉄道 みらい					
	被保険者の住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇			電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇 〇〇市〇〇〇 〇〇〇-〇〇〇				
	事業所の名称	〇〇〇〇〇株式会社							
	出産した年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	生産又は死産の別	生産(1 人) ・ 死産(人)					
入 す る と こ ろ	被扶養者(家族)が出産したため の申請であるときはその方の	氏名	(フリガナ) (被扶養者が出産したときはその方の氏名)		生年月日	昭和 (被扶養者が出産したときは記入) 平成 年 月 日生 令和			
	※重複支給の確認のため記入をお願いいたします								
支 払 金 融 機 関	銀行	銀行名	支店名又は店名	口座種別	口座番号			口座名義人(カタカナ)	
		〇〇銀行	〇〇支店	普通 ・当座	〇	〇	〇	〇	テツドウ ミライ
	郵便局	郵便局	記号	の	番号			口座名義人(カタカナ)	
		9900							
※医師・助産師または市区町村長どちらか(死産の場合は医師・助産師のみ)で証明を受けてください。証明を受けられない場合は※(3)を添付してください。									
医 師 ・ 助 産 師 に よ る 証 明	出産者氏名		出産年月日	令和 年 月 日					
	出生児の数	単児 ・ 多児 (児)	生産または死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 週 日)					
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日								
	所在地	〒			「医師・助産師」「市区町村長」どちらかから証明を受けてください (受けられない場合は※(3)を添付してください)				
市 区 町 村 長 に よ る 証 明	医療施設名	称	医師・助産師氏名						
	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します。 令和 年 月 日								
市区町村長名 ㊟									

申請書提出時には、下記の書類を添付してください。

(R5.4)

- 直接支払制度について医療機関と交わした合意文書(コピー可)
- 医療機関から受け取った出産費用の領収・明細書等(コピー可)
 - 生産の場合→「出産年月日」「出生児数」の記載があるもの。産科医療保障制度の対象分娩については、産科医療保障制度の対象分娩であることが印字やスタンプ等で明記されているもの。
 - 死産の場合→「死産年月日」「妊娠週数」の記載があるもの。
- ※(3)医師・助産師または市区町村長から証明が受けられない場合のみ
 - 生産の場合→出生が確認できる書類(「住民票」「戸籍謄(抄)本」「出生届受理証明書」「母子健康手帳の写し(出生届出済証明がされているもの)」等)
 - 死産の場合→死産が確認できる書類(「死産証書(死胎検案書)」の写し等)

受付日付印