

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 と こ ろ	被保険者の記号-番号	—	被保険者の氏名	(フリガナ)													
	被保険者の住所	〒	—	電話番号	—	—											
	事業所の名称																
	出産した年月日	令和	年	月	日	生産又は死産の別	生産(人) ・ 死産(人)										
入 す 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)					生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日生					
	※重複支給の確認のため記入をお願いいたします																
入 す と こ ろ	出産した方	被保険者(本人) → 退職後(当健康保険組合の資格喪失後)6ヶ月以内の出産ですか									はい ・ いいえ						
		被扶養者(家族) → 当健康保険組合加入後6ヶ月以内の出産ですか									はい ・ いいえ						
	はいの場合	被保険者(本人) → 現在加入している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						
		被扶養者(家族) → 当健康保険組合加入前に加入していた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						
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)					
						普通・当座											
	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 〒			医療施設名			医師・助産師氏名										
市 区 町 村 長 に よ る 証 明	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)

- (1) 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)
- (2) 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