

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

直接支払制度を利用しない場合
又は 海外で出産した場合

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証等の記号番号	記号 番号	被保険者 資格取得日	平成 令和	年 月 日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	平成 令和	年 月 日	
	被保険者 (申請者) 氏名	フリガナ			被保険者 (申請者) 住 所	〒			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日				電話 ()	日中連絡の取れる連絡先 ()		
	事業所名及び 部署・店舗名	電話 (内線)							
	被扶養者の出産である 場合は その者の氏名	生年月日			年 月 日	被保険者と 出産した者 の 続 柄			
	出産した年月日	年 月 日	生産児数	人	死産児数	人	死産の時はその妊娠経過期間		週
	出産した医 療機関等の 名称・所在地	(名称)			(所在地) 〒				電話 ()
	出産した医療機関の産科医療補償制度加入の有無	有・無			海外で出産した場合はその旨				
	出生児の 氏 名	フリガナ		被保険者と 出生児 の 続 柄	出生児が被保険者の被扶養者 であるかどうか			ある・ない	
	①被保険者が資格喪失後6ヶ月以内の出産で申請する場合、現在の保険証等の				出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由				
②被扶養者が認定後6ヶ月以内の出産で申請する場合、以前加入していた保険証等の				保険者名 (国民健康保険 又は、健保組合 名など)	電話 ()				
				記 号	番 号	被保険者氏名 (世帯主名)			

※医師・助産師又は市区町村長が証明する欄はどちらか一方で証明を受けてください。(※海外で出産した場合、証明欄の記載証明は省くことができます。添付書類A、B、Cを提出してください。)

医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 欄	出産年月日	年 月 日	生産又は 死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠第 月又は第 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。							
市 区 町 村 長 の 証 明 欄	本籍				筆頭者氏名			
	出生届出日	年 月 日	出生児氏名			出生年月日	年 月 日	
	上記のとおり相違ないことを証明する。							
		市区町村長名			Ⓜ			

※生産の場合でも、必ず週数をご記入ください。

支 払 金 融 機 関	銀 行		本店						
	信用金庫		支店						
	支店番号		普通・当座	口座番号					
口座名義人 (カナ)									

※被保険者名義の口座を必ずご記入ください

(ご注意) ※ 医師・助産師による週数の証明がない場合は、母子手帳の記載ページの写しを添付してください。

- 《添付書類》 ① 医療機関等との合意文書の写し (申請先の保険者が当組合である旨を記載したもの)
② 分娩機関が発行する領収書のコピー (産科医療補償制度加入医療機関等においては証明するスタンプが押されたもの)

- 《海外で出産した場合の添付書類》
A) 医療機関または公的機関等で発行された出産の事実を証明するもの
B) 分娩機関が発行する領収書のコピー
C) 上記証明書の日本語訳 (翻訳者の住所、氏名が記されているもの)

年 月 日提出

受付日付印

備 考	個人番号(マイナンバー)(任意) (被保険者証等の記号番号を記入した場合は不要です)
	※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の2種類の書類を添付してください。 ①個人番号通知カード又は個人番号記載の住民票の写し ②運転免許証またはパスポートの写し