

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 の記号番号	記号 番号	被保険者 資格取得日	年 月 日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	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	年 月 日	電話	()		
	事業所名 及び部署	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、現在の保険証の保険者名・記号番号等ご記入ください。		保険者名 (国民健康保険 又は、健保組合 名など)	電話 ()		
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の保険者名・記号番号等ご記入ください。		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。			
医療施設名の名称・所在地		年 月 日		
医師・助産師名		電話 ()		

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		年 月 日			

支 払 金 融 機 関	銀 行	本 店	普通 ・ 当座
	信用金庫	支 店	
	名義人 (フリガナ)	口 座 番 号	

※被保険者名義の口座を必ずご記入ください

備 考 欄	個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入は必要ありません)
※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、以下の書類を添付してください。 ①通知カードのコピー (表面) ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カードのコピー (両面) のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証のコピー 又は パスポートのコピー のいずれか1点	

(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) 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