

支払決議書	支払年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	会計	扱者
	支払額	円				

直接支払制度を利用しない場合

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等 記号・番号	記号 番号	② 氏名	フリガナ	③ 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	④ 申請者の 住所	〒 - ※ 都道府県から記入してください。			⑤ 電話番号
	⑥ 事業所の 名称		⑦ 被扶養者の出産は その者の 氏名・生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 生
	⑧ 出産年月日	令和 年 月 日	⑨ 生産児数 人	⑩ 死産児数 人	⑪ 死産の時はその 妊娠経過週数 週
	⑫ 出産した 医療機関等の	名称		所在地	

証 明 欄 ※いづれか一方で証明を受けてください	医師・助産師 による証明	⑬ 出産した年月日	令和 年 月 日	⑭ 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週 日)
		⑮ 出生児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)	⑯ 備考	
	⑰ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療機関等の名称・所在地 医師・助産師名 TEL				
	市区町村長 による証明 (生産の証明)	⑲ 本籍		⑲ 筆頭者氏名	
⑲ 出生届出日		令和 年 月 日	⑲ 出生児氏名	⑲ 出生年月日 令和 年 月 日	
⑳ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 TEL					

※ ⑲・⑳はどちらか一方に記入してください(任意継続および資格喪失後の申請の方→⑲、在職中の方→⑳)

支 払 金 融 機 関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 出張所		
	金融機関コード [] 店番号 []		
	預金種別	口座番号	フリガナ
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座名義

備考欄
被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。

委 任 状	⑲ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者 (申請者)	住所 氏名
	受取代理人	住所 フリガナ
		氏名

事業所担当者印

受付日付印

※ 訂正箇所については、二重線で抹消し正しくご記入のうえ、訂正部分には訂正者の印を押してください。

【記入上の注意】

- ・ 選択項目については、口に✓を入れてください。
- ・ ①記号・番号は、マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。
- ・ 証明欄については、「生産」の場合は、医師・助産師(⑭～⑱)または市区町村長(⑲～㉓)のいずれか一方で証明を受けてください。
「死産」の場合は、医師・助産師(⑭～⑱)による証明を受けてください。⑮に「妊娠〇週〇日」の記入が必要です。
- ・ 給付金の振込先について
〔在職中の申請の場合〕
⑳委任状の被保険者(申請者)の欄に記入してください。事業主の選定した受取代理人へ給付金を振り込みます。
㉑への記入は不要です。
〔任意継続被保険者の方もしくは資格喪失後の申請の場合〕
㉒に指定口座の情報を記入してください。
申請者の名義ではない口座への振り込みを希望する場合、㉓委任状への記入が必要です。

添付書類

- 1) **医療機関等との合意文書**(写し)
… 直接支払制度を利用しない旨、請求先の保険者が当健保組合である旨を記載したもの
- 2) **医療機関等から交付を受けた「出産日・出産児数・代理受取額」が記載された領収書または明細書**(写し)
… 産科医療補償制度対象分娩については「産科医療補償制度加入機関」のスタンプが押されたもの

※ 海外で出産した場合

- 1) **海外の病院での出産の証明書**(原本)
- 2) **1の翻訳書**
… 特定の様式はありません。証明書の内容に準じてA4用紙で作成してください。また、翻訳者の氏名・住所・電話番号を記入の上、印を押してご提出ください。

健康保険の給付を受ける権利は2年間で消滅します。
出産育児一時金の時効の起算日は「出産日の翌日」となります。