

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金支給申請書

◎記入方法および添付書類については、「記入上の注意事項」・「添付書類」をご覧ください。

① 被保険者証の	㉞ 記号		② 被保険者(申請者)の	㉞ 氏名	(フリガナ)	㉞ 印
	① 番号			㉞ 生年月日	昭和・平成 年 月 日	
③ 被保険者(申請者)の現住所			〒 ー		TEL () ー	携帯 () ー
④ 被保険者が勤務する(していた)事業所の名称						
⑤ 出産した年月日		平成 年 月 日	⑥ 出生児数		⑦ 死産児数	⑧ 妊娠経過期間
			人		人	週
⑨ 出産した医療機関等の		㉞ 名称	⑩ 所在地			
⑩ 出生児の		㉞ 氏名	(フリガナ)	⑩ 生年月日	平成 年 月 日	㉞ 被保険者との続柄
⑪ 被扶養者が出産したための申請である時はその方の		㉞ 氏名	(フリガナ)	⑩ 生年月日	昭和・平成 年 月 日	
⑫ 1. 資格喪失後、被扶養者となったときは、その被保険者証の 2. 被扶養者が出産予定日の6ヶ月前に被保険者であったときは、その被保険者証の			㉞ 記号・番号			
			㉞ 保険者名		TEL () ー	
⑬ 備考		被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。 (マイナンバーにより申請する場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類を添付の上、この欄に記載してください。)				

⑭ 出産した年月日	平成 年 月 日	⑮ 生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 週)
⑯ 出生児の数	単胎・多胎(児)	平成 年 月 日	
⑰ 上記のとおり相違ないことを証明する。 〒 ー 医療施設の所在地 名称 医師・助産師名 TEL () ー ㉞			
⑱ 本籍		⑲ 筆頭者氏名	
⑳ 出生届出日	平成 年 月 日	㉑ 出生児氏名	㉒ 出生年月日 平成 年 月 日
㉓ 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 市区町村長名 ㉞			

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日	
	㉔ 被保険者(申請者)の氏名と印	㉞ 印
	㉕ 代理人の	㉞ 事業所内 ㉞ 氏名 ㉞ 印

社会保険労務士の提出代行者印	㉞ 印
----------------	-----

平成 年 月 日 提出
受付日付印

直接支払制度(医療機関が出産育児一時金を健保組合に請求し、医療機関が出産育児一時金を受け取る制度)を利用した場合は、この申請書での申請はできません。

[記入上の注意事項]・・・被保険者が記入するところ

1. 申請者印(②の㊸欄)および委任者印(㉔欄)は同一のもので鮮明に押印してください。
 2. 字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して申請者印(②の㊸欄)を押印し、そのうえで正しい字句を記入してください。
- ※ 出産年月日の証明については、医師・助産師又は市区町村長が証明するところ(⑰または㉓欄)はどちらか一方で証明を受けてください。

[記入上の注意事項]・・・医師・助産師又は市区町村長が証明するところ

1. ⑮欄は該当する方を○で囲み、死産の場合は妊娠何週目か記入してください。
2. ⑯欄は該当する方を○で囲み、多胎の場合は出生児の数を記入してください。
3. 字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して証明書と同じ印を押印し、そのうえで正しい字句を記入してください。

[添付書類]

1. 医療機関等から交付される「直接支払制度を利用しなかった旨の合意文書」の写し
2. 医療機関等から交付される「領収・明細書」の写し
(産科医療補償制度の対象分娩の場合は所定印が必要)
3. 証明書等が外国語で記入されているときは翻訳者の住所・氏名を明記した「翻訳文」

[支給額]

1児につき42万円支給。

ただし、在胎週数22週未満で出産(死産含む)した場合、または産科医療補償制度に加入していない医療機関等でお産した場合は1児につき40.4万円となります。