

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金 支給申請書

直接支払制度を利用しなかった場合の請求書

1 2 被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者等記号・番号(右づめ)	記号 1 0 0 0	番号 2 0 0	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	年 月 日 0 1 1 2 2 3	
	氏名	(フリガナ) ソラウミ サブロウ	空海 三郎				
	住所	(〒 103 - 0000)	東京	(都道府県)	中央区 〇〇1 - 1		
	電話番号(日中の連絡先)	TEL 090 (× × × ×) × × × ×					

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)

すでに届け出している口座に変更がない場合は記入不要です。

金融機関名称	ゆうちょ銀行	口座の記号・番号(左づめ)	1 〇 - 1
--------	--------	---------------	---------

↑記号と番号の間に数字がある場合は「の」の下に記入

▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(°)は1字としてご記入ください。

口座名義(カタカナ)	
------------	--

(注) ゆうちょ銀行の口座名義が旧姓のままになっていると、氏名相違となり送金できません。ゆうちょ銀行で氏名変更手続きのうえ、当組合への口座変更の届出をお願いいたします。また、ゆうちょ銀行で口座名義を変更して当組合への変更届が未提出の場合も同様です。ご提出される前にご確認くださいませよう願ひ申し上げます。

○添付書類

- 医療機関等から交付される合意文書の写し(直接支払制度にかかる代理契約を医療機関と締結していない旨および申請先となる当組合名が記載されているもの)
 - 出産費用の領収・明細書の写し(産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理下で出産した場合は当該出産であることが明記されたもの)
- ※ 市区町村長の証明を受ける場合は、2ページに証明を受けるか、戸籍全部事項証明書(戸籍謄本)もしくは出生届受理証明書を添付してください。

○海外出産の場合の添付書類

- 出生証明書(原本)
- 出生証明書の日本語翻訳
- 海外渡航証明書類=パスポート(「顔写真のページ」と「出入国スタンプのページ」)等の写し
- 海外の医療機関等に対して出産の事実、内容等の照会を行うための同意書

【注意点】

健康保険の給付の受給権は2年です。
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。

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金 支給申請書

1 2 申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者等 記号・番号	1000-200	被保険者氏名	空海 三郎
----------------	----------	--------	-------

申請内容	1 出産した者	2 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）		
	1-① 家族の場合はその方の 氏名・生年月日	氏名	空海 花子	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 04年08月16日
	2 出産した年月日	令和 08年02月11日		
	3 生産または死産の別	1 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在		
	3-① 「生産」の場合出生人数	1 人	3-② 「死産」の場合死産児数	<input type="checkbox"/> 人
		3-②-(1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 <input type="checkbox"/> 週	
4 出産した医療機関等	名称	□□□□病院	所在地	東京都中央区△△△2-2
5 出産した方	●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●家族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。		2 1. はい 2. いいえ	
5-① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 ●被保険者 → 現在加入している保険者について ●家族 → 当組合加入前に加入していた保険者について	保険者名			
	記号・番号			
5-①-(1) 同一の出産について、5-①の保険者より出産育児一時金を	<input type="checkbox"/>	1. 受けた／受ける予定 2. 受けない		

証明欄 (いずれかにご記入ください)	医師・助産師による 証明の場合	出産者氏名	空海 花子	出産年月日	令和 08年02月11日
		出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → () 児	生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 週)
		上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 8年 2月 16日	医療施設の所在地	東京都中央区△△△2-2	
			医療施設の名称	□□□□病院	
			医師・助産師の氏名	保険 一男	
	市区町村長による 証明の場合(生産のみ)	本籍		筆頭者 氏名	
		母の氏名	出生児 氏名	出生 年月日	令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
		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		印