

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(申請者)記入用

健康保険組合 使用欄	支給決定額						出産日			常務理事	事務長	担当者
							平成 年 月 日					
	☐ 資格喪失後6ヶ月以内出産						47 出産育児一時金			資格取得日	昭和・平成 年 月 日	
										資格喪失日	昭和・平成 年 月 日	
									被扶養者認定日			昭和・平成 年 月 日

被保険者(申請者)情報	記号	番号						生年月日		
	被保険者証の (右づめ)	1 1						昭和 年 月 日		
	氏名・印	健保 花子						6 0 1 1 1 5		
	住所	滋賀 彦根市〇〇						自署の場合は押印を省略できます。		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()									

振込先指定口座	金融機関 名称	彦根						本店 支店		
	預金種別	1 2 3 4 5 6						出張所 本所 支所		
	口座名義	ケンホ ハナコ						左づめでご記入ください。		

この請求書には次の書類を添付してください。

- ① 出産費用の領収・明細書 (写し)
- ② 直接支払制度を利用しない旨記載された、分娩機関と本人の間で交わした合意書 (写し)(①に記載されている場合は不要)
- ③ 産科医療補償制度に加入する分娩機関で出産された場合は、産科医療補償制度加入機関であることの証明となるスタンプ印が押された「出産費用明細書」等の写し (①の領収書に印がある場合は不要)

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。》》》

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載ください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

受付日付印

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

健保 花子

申請内容

1 出産した者

1

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

☐ 昭和☐ 平成年 月

日

2 出産した年月日

平成

28

年

12

月

10

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

人

3 - ② - (1)

「死産」の場合妊娠経過期間

満

週

4 出生児の氏名

健保 二郎

5 出産した医療機関等

名称

〇〇総合病院

所在地

彦根市〇〇町

6 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

6 - 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

6 - ① - (1)

同一の出産について、6 - ①の保険者より出産育児一時金を

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

出産年月日

平成

年 月

日

出生児の数

☐ 単胎☐ 多胎 → (

児)

生産または死産の別

☐ 生産☐ 死産 → (妊娠

週)

上記のとおり相違ないことを証明する。

平成

年

月

日

医療施設の所在地

医療施設の名称

医師・助産師の氏名

印

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

平成

年 月

日

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

印