

健康保険 出産育児一時金(付加金)・家族出産育児一時金 支給申請書

◎記入方法及び添付書類については、裏面をご参照願います。

| | | | | | | | | |
|---|---|----------|---|-------------------------|------------------|---|-------------------------|--|
| 被 保 険 者 （ 申 請 者 ） の 記 入 欄 | ① 被保険者証の 記号番号 | | (記号) — (番号) | ② 事業所名 | | | | |
| | 被保険者 (申請者)の | | ③ 氏名 | (カナ) | ④ 住所 | 〒 — | TEL () | |
| | 被扶養者が出産したとき のその氏名・生年月日 | | ⑤ 氏名 | | ⑥ 生年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 | |
| | ⑦ 出産年月日 | 令和 年 月 日 | ⑧ 生産児数 | 人 | ⑨ 死産児数 | 人 | ⑭ 他の制度から出産育児一時金を受けたかどうか | |
| | ⑩ 出生児の氏名 | | (フリガナ) | 被保険者 ⑪ (申請者) との続柄 | 子 孫 その他() | ア. 受けた イ. 受けていない(受けない) ウ. 請求中 | | |
| | ⑫ 被扶養者の認定を受けた日から6か月以内に 出産の場合は、以前加入していた被保険 者証の記号番号及び保険者名 | | (記号) — (番号) | (保険者名) | | | | |
| | ⑬ 資格喪失後の出産の場合は、新たに加入 した被保険者証の記号番号及び保険者名 | | | | | | | |
| | ⑭ 備考 | | ※被保険者証の記号番号に代えて個人番号を記載する場合は、備考欄に記載してください。 (個人番号を記載した場合は、番号及び本人確認するための書類が必要です。) | | | | | |

口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人に欄」の記入が必要です。

| | | | | | |
|------------------|-------|------|------------------|------|------|
| 振 込 口 座 | 金融機関名 | 支店名 | 預金種別 | 口座番号 | 口座名義 |
| | (カナ) | (カナ) | 普通 その他() | (カナ) | |

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

| | | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|-------------|--------|----|----|
| 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。 | | | | |
| | 令和 年 月 日 | 委任者との関係 () | | | |
| | 住所 | 住所 | | | |
| | 被保険者 (申請者) 氏名 | 代理人 | 電話 () | 氏名 | 氏名 |

⇒いずれか一方で差し支えありません

| | | | | |
|--|--------------------|-------------|-----------|--|
| 医 師 ・ 助 産 師 ま た は 市 区 町 村 長 の 証 明 欄 | 出産者氏名 | 出生年月日 | 令和 年 月 日 | |
| | 出生児の数 | 単胎・多胎 (児) | 生産または死産の別 | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明する。 | | 令和 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 | | ☑ 電話 () | |
| 本籍 | | | | |
| 筆頭者氏名 | 母の氏名 | | | |
| 出生児氏名 | 出生年月日 | 令和 年 月 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 | | ☑ | | |

受付年月日

《記入するときの注意事項(添付書類含む)》

〈被保険者(申請者)の記入欄、振込希望口座及び受取代理人の欄〉

1. 被保険者(申請者)が署名する場合は、押印不要です。
2. 振込希望口座が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人の欄」の記入が必要です。
3. 給付金の受け取りを代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に必要事項を記入してください(受取代理人の㊟は、被保険者(申請者)の㊟と別の印鑑で押印してください)。

〈医師・助産師または市区町村長の証明欄〉

1. 証明事項の訂正は、証明印と同じ印鑑を押印してください。
2. 医師又は助産師の証明が外国語でされている場合は、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載したもの)を添付してください。

注意:「医師・助産師の証明」または「市区町村長の証明」については、いずれか一方で差し支えありません。

〈添付書類〉

1. 医師・助産師または市区町村長の証明を受けられない場合は、出生を確認できる書類
※戸籍謄(抄)本、出生届受理証明書、住民票、母子健康手帳(原本提示)など
2. 医療機関等から交付される、出産費用の領収・明細書の写し
※産科医療補償制度加入の医療機関等で出産の場合は、所定の印が押印されています
※直接支払制度を用いていない旨が記載されています

〈付加金について〉

1. 付加金は被保険者が出産した場合に支給されます。
2. 資格喪失後の出産育児一時金に対して付加金は支給されません。