

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	平成	年	月 日	⑧生産児数	⑨死産児数	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)		⑪ 被保険者 (申請者) との続柄	子 孫 その他()	ア. 受けた	
	⑫ 被扶養者の認定を受けた日から6カ月以内に 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)		イ. 受けていない(受けない)	
	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					ウ. 請求中		
	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、番号及び本人確認を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 当座 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。		委任者との関係 ()		
	平成	年	月	日	
	住所		住所		
	被保険者 (申請者) 氏名	代理人	電話	()	氏名 (印)

⇒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)	電話	()		
本籍							受付年月日
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)

《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(家族が出産した場合、支給されません)。
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。