被保険者証等の記号番号は、健保HPログイン or マイナポータルにて確認可能です。

健康保険　被保険者・家族　出産育児一時金・付加金請求書

被保険者が記入するところ

被保険者証等の記号番号	記号		被保険者資格取得日	平成 令和	年	月	日	被保険者資格喪失日（喪失後の場合）	令和	年	月	日
	番号											
被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		被保険者住所	〒								
生年月日	昭和・平成　年　月　日			電話　（　）								
事業所名及び電話	電話　（　）				GUI							

☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（ 事業所経由で提出する場合は ☑ ）

出産した者	被保険者 本人 ・ 被扶養者（続柄　）	被扶養者の出産である場合はその者の氏名		被扶養者の出産である場合はその者の生年月日	昭和 平成	年	月	日	
出産した年月日	令和 年 月 日	生産児数	人	死産児数	人	死産の場合のみ	満（　）週	直接支払制度利用の有・無	有 ・ 無
出生児の氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ			被保険者との続柄		出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか			
						ある ・ ない（理由：　）			

出産した方は
被保険者⇒当組合の資格喪失後6ヵ月以内の出産ですか
被扶養者⇒当組合に加入後6ヵ月以内の出産ですか
「はい」の場合、加入先を記入してください

保険者名（健保、共済、国保等）　電話　（　）
記号　番号

振込指定口座

銀行・金庫 信組・農協		金融機関コード		本店 支店	支店番号
預金種別	普通・その他（　）	（フリガナ）			
口座番号		口座名義		※被保険者（本人）名義の口座に限る	

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は振込先口座を記入。）
※口座情報の反映には登録から数日を要します。

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ

出産者氏名		出産年月日	令和　年　月　日
出生児の数	単胎 ・ 多胎（　児）	生産又は死産の別	生産 ・ 死産（妊娠　週　日）

上記のとおり相違ないことを証明する。　令和　年　月　日
医療施設名の名称・所在地
医師・助産師名　㊞　電話　（　）
※医師又は助産師名が自署の場合は押印省略可。

筆頭者氏名		母の氏名			
出生届出日	令和　年　月　日	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　㊞

※直接支払制度を利用しない方は、必ず医師・助産師又は市区町村長に証明をもらってください。（グレー部分）

■直接支払制度を利用しなかった方の添付書類**（直接支払制度を利用された方は本請求書の提出は不要です）**
① 分娩医療機関等から交付される「費用の内訳を記した領収書」の写し
「産科医療補償制度対象の有無」・「直接支払制度の利用の有無」が記載されているもの
② 分娩医療機関等と交わした「直接支払制度の利用に関する合意文書」の写し

■海外で出産された方の添付書類
① 大使館または医療機関が発行する出生証明書（原本）
② 医療機関等が発行する領収書の写し
③ 医療機関等に照会することの同意書
④ 各添付書類の翻訳文（翻訳者氏名を明記したもの）

令和　年　月　日
受付日付印

※被保険者証の記号・番号を記入した場合は下記の記載は不要です
・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となります

被保険者のマイナンバー記載欄