

# 健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金・付加金請求書

被保険者証の記号番号	記号	被保険者資格取得日	平成	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										
被保険者氏名と印	フリガナ		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 )

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	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	年	月	日		
	出産した年月日	令和	年	月	日	生産児数	死産児数	死産の場合は妊娠経過期間		満	週
	出生児の氏名	フリガナ		被保険者と出生児の続柄		直接支払制度利用の有・無		有・無 ※無の場合は要(別紙)			
	出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか		ある・ない		出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由						
	出産した方		※「はい」の場合、右欄へ記入してください								( ) 支部 全国健康保険協会 ( ) 国民健康保険 ( ) 健康保険組合

振 込 先 指 定 口 座	銀行・金庫 信組・農協	金融機関コード	本店	支店番号
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	名義人(フリガナ)	右づめでご記入ください		口座名義の区分

令和 年 月 日 提出  
受付日付印

※被保険者(請求者)以外の口座に振込希望の場合は、被保険者・代理人それぞれに記入・捺印が必要(押印省略不可)

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者(請求者)	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します		住所	「被保険者(請求者)」が記入するところと同じ	令和	年	月	日
	代理人(口座名義人)	〒	TEL	住所	フリガナ	委任者と代理人との関係			

**■ 添付書類** ※提出がない場合は受付できませんので、必ず添付してください。

- 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
  - ・産科医療補償制度対象の有無が記載されているもの
  - ・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
- ③ <別紙>医師・助産師または市区町村長の証明

**■ 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)

**※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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

< ※別紙 >

■ 直接支払制度を利用しない方

※直接支払制度を利用しない方は、以下の欄に必ず医師・助産師又は市区町村長どちらかの証明をもらい添付してください。

被保険者氏名	
--------	--

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 ⑩ 電話 ( )										
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 ⑩											