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

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	フリガナ	ケンポ　タロウ						被保険者住所	〒000-0000 ○○県○○市○○町１－２－３ ○○マンション△△号室			
	健保　太郎											
生年月日	昭和・平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日								電話 00 （ 1234 ） 5678			
事業所名及び電話	EY○○○○○○					電話 00 （ 4321 ） 8765			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 妻）	被扶養者の出産である場合はその者の氏名	健保　花子					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 1 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	フリガナ ケンポ　ジロウ				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							
	健保　二郎				次男	ある・ない（例：配偶者の被扶養者となるため ）							

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

※資格喪失後・扶養認定後6ヶ月以内の出産の場合はこの欄を記入してください

振込指定口座	○○○○ 銀行・金庫・信組・農協				金融機関コード 1	2	3	4	△△△ 本店・支店	支店番号 5	6	7
預金種別	普通・その他（ ）				（フリガナ）	ケンポ　タロウ						
口座番号	0	9	8	7	6	5	4	口座名義	健保　太郎 ※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（　）
※医師又は助産師名の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医師・助産師又はお住まいの市区町村の証明が必要です

※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

EY Japan健康保険組合　2025.2改訂