

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	〇〇	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	〇〇〇〇〇	令和	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇		
	被保険者 氏名と印	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	被保険者 住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇マンション△△号室										
	生年月日	昭和・平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	電話	00	(1234)	5678		
	事業所名 及び電話	EY〇〇〇〇〇〇			電話	00	(4321)	8765	GUI	〇〇〇〇				
<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>)														
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 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	年	月	日		
	出産した 年月日	令和	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇		
	出生児の 氏名	フリガナ ケンポ ジロウ 健保 二郎	被保険者と 出生児 の続柄	二男		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				(例:配偶者の被扶養者となるため等)						
	出産した方	※「はい」の場合、右欄へ記入してください												
●被保険者⇒当組合の資格喪失後 6ヵ月以内の出産ですか	<input type="checkbox"/> はい		●被保険者⇒現在加入している保険 者について											
●被扶養者⇒当組合に加入後6ヵ月 以内の出産ですか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ		●被扶養者⇒当組合加入前に加入し ていた保険者について											
振込先 指定口座	〇〇〇〇	銀行 信組	金庫 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・当座		口座番号				右づめでご記入ください							
名義人(フリガナ)	ケンポ タロウ				口座名義 の区分	被保険者 (請求者)・代理人								

※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(捺印省略不可)

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 氏名									

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日提出
受付日付印

- 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。
 - 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
 - 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
 - <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
 - 大使館または医療機関が発行する出生証明書(原本)
 - 医療機関等が発行する領収書の写し
 - 医療機関等に照会することの同意書
 - 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	健保 太郎
--------	-------

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)						
	医師・助産師名 () 電話 ()						
	筆頭者氏名						
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