

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 令和	年	月	日	被保険者 資格喪失日 (喪失後の場合)	平成 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 ()					社員・職員 コード					
<input 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)	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	平成 令和	年	月	日	生産児数 人	死産児数 人	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			被保険者名		() 支部 全国健康保険協会				
●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			() 国民健康保険					
●被扶養者⇒当組合に加入後6ヵ月 以内の出産ですか		<input 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			() 健康保険組合					
電話番号		記号			番号							
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		支店番号				
	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)		口座名義 の区分			該当するところに○を記入 ・被保険者 (請求者)		・代理人				

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
	氏名	Ⓜ									
代理人 (口座名義人)	〒	TEL			委任者と 代理人との 関係						
住所	フリガナ			Ⓜ							
氏名											

- 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・明細書」の写
 - ・産科医療補償制度対象分娩については、制度加入医療機関での出産を証明する スタンプが押印されたもの
 - ・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

≪直接支払制度を利用しない方≫
上記の①②に加えて<別紙>に必ず医師・助産師または市区町村長の証明をもらって添付
- 海外で出産された方
 - ① 公的機関発行の「出生証明書」(原本)と和訳したもの
 - ② 分娩医療機関から交付された「費用の内訳を記した領収・明細書」(原本)と和訳したもの

※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	平成・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						
	医療施設の名称・所在地		医師・助産師名		Ⓜ	電話	()
筆頭者氏名		母の氏名					
出生届出日	平成 年 月 日	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。							
令和 年 月 日							
市区町村長名				Ⓜ			