

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	平成	年	月	日	被保険者	平成	年	月	日	
	番号	〇〇〇〇〇		資格取得日	令和	〇	〇	〇	資格喪失日 (喪失後の場合)	令和				
被保険者氏名と印	フリガナ	ケンボ タロウ		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									
	氏名	健保 太郎			電話	00 (1234) 5678								
生年月日	昭和	平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	社員・職員コード				〇〇〇〇	
事業所名及び電話	EY〇〇〇〇〇〇〇				電話	00 (4321) 8765								
<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	平成	令和	0	1	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	
	出生児の氏名	フリガナ	ケンボ ジロウ		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										
出産した方	※「はい」の場合、右欄へ記入してください <input type="checkbox"/> はい → ●被保険者→現在加入している保険者について <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)	ケンボ 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 氏名 (印)												
	代理人(口座名義人)	TEL				住所				委任者と代理人との関係				
フリガナ 氏名 (印)														

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・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
 - 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
 - 公的機関発行の「出生証明書」(原本)と和訳したもの
 - 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	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	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						
	医療施設名の名称 (〒) 医師・助産師名 () 電話 ()						
	筆頭者氏名	市区町村長名 ()					
	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 ()							

※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