

健康保険 被保険者出産育児一時金 支給申請書
 家族 出産育児一時金付加金

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号と番号	記号		③ 被保険者(申請者)の氏名・生年月日(自著)	昭和 平成 年 月 日				
		番号							
	② 社員番号								
	④ 被保険者(申請者)の住所	〒			TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。				
	⑤ 事業所の名称				TEL ()				
	⑥ 出産した方が被扶養者の場合	氏名			生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	⑦ 出産した年月日	平成・令和	年 月 日		⑧ 生産児数	⑨ 死産児数	⑩ 死産の時はその妊娠経過期間 週		
					人	人			
	⑪ 出産した医療機関等の名称	フリガナ			所在地	TEL () (例) 長男、長女			
	⑫ 出生児の氏名			被保険者と出生児の続柄					
	⑬ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない		⑭ 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由					
	証明欄 ※いずれかで証明を受けて下さい	医師・助産師の場合	出産した年月日	平成・令和 年 月 日		生産または死産の別		生産・死産(妊娠 週日)	
出生児の数			単胎・他胎 (児)		備考				
上記のとおり相違ないことを証明する。							年 月 日		
市区町村長による証明(生産のみ)		医療機関等の名称・所在地							
		医師・助産師名							
				TEL ()					
市区町村長による証明(生産のみ)	本籍				筆頭者氏名				
	出生届出日	平成 令和 年 月 日	出生氏名			出生年月日	平成 令和 年 月 日		
	上記のとおり相違ないことを証明する。							年 月 日	
振込希望口座	銀行・信組 金庫・農協				支店 出張所				
	[金融機関コード]				[店番号]				
	預金種別	口座番号		フリガナ					
	<input type="checkbox"/> 普通			口座名義					
	<input type="checkbox"/> 当座								

◎給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、下記の委任状へ記入してください。

委任状	私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。 ※口にチェックを入れて下さい。								
	<input type="checkbox"/> 事業主の選定した保険給付金受領代理人 <input type="checkbox"/> その他の受領代理人								
	被保険者(申請者)	住所氏名	〒						備考
	受取代理人	代理人住所	TEL () ※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。						
代理人氏名		フリガナ							

添付書類 ①医療機関等との合意文書の原本(直接支払制度を利用しない旨、請求先の保険者が当組合である旨を記載したもの)
 ②産科医療補償制度の対象分娩については「スタンプ(産科医療補償制度加入機関)が押された明細書または領収書」の写し

記入上のご注意

1.①記号・番号は保険証に記載されています。

2.③本人の署名、医師・助産師又は市区町村長の証明は、はっきりとご記入ください。

3.証明欄については、「生産」の場合は、医師・助産師又は市区町村長による証明のいずれか一方で証明を受けてください。

※「死産」の場合は、医師・助産師による証明を受けてください。（「生産または死産の別」欄に、「妊娠〇週〇日」の記入が必要です。）

4.(振込希望口座等)について

■振込先が被保険者(申請者)の口座の場合は、「振込希望口座」のみ記入してください。

■給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、「委任状」欄の記載が必要となります。

委任状の「事業主の選定した保険給付金受領代理人」、「その他の代理人」のいずれかにチェックを入れ、

[事業主の選定した保険給付金受領代理人口座へ振込を希望する場合]

・被保険者の住所・氏名を記入してください。

・「振込希望口座」欄の記入は不要です。

[その他の受領代理人へ振込を希望する場合]

・被保険者の住所・氏名を記入してください。

・受取代理人情報の代理人住所・電話番号・代理人氏名を記入してください。

・「振込希望口座」欄に受領代理人の口座を記入してください。

※海外での出産の場合は、別の申請書となります。

健康保険の給付を受ける権利は2年間で消滅します。出産育児一時金の時効の起算日については「出産日の翌日」となります。虚偽の申請等不正行為が発覚した場合は、健康保険法第58条により、既に受けている保険給付を返還いただき、さらに同法第120条により、6ヶ月を限度に罰則的給付制限を行うことがあります。

<問い合わせ先> YG健康保険組合 TEL 03(3511)8201