

直接支払制度を利用しない場合 ※海外での出産を除く

記入例

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 記号番号	記号	○	③ 被保険者(申請者)の 氏名・生年月日 (自著)	健保 太郎			
		番号	○○○○		昭和 平成	60年 6月 5日		
	② 社員番号	○○○○○						
	④ 被保険者(申請者)の住所	〒 住所は被保険者のご自宅の住所、電話番号は日中つながる電話番号をご記入ください。 ※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	株式会社○○			TEL ○○(○○○○)○○○			
	⑥ 出産した方が被扶養者の場合	氏名	健保 花子		生年月日	昭和 平成	3年 12月 5日	
	⑦ 出産した年月日	令和 6年 1月 15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
				1人	人			
	⑪ 出産した医療機関等の	名称	○○産婦人科		所在地	東京都渋谷区○○1-2-3 TEL ○○(○○○○)○○○		
	⑫ 出生児の氏名	フリガナ	ケンボ コウタ		被保険者と 出生児の続柄		(例) 長男、長女 長男	
		健保 康太						
	⑭ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない		⑮ 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※いずれか一方で証明を受けて下さい	医師・助産師の場合	出生した年月日	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						
		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	令和 年 月 日	出生氏名	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。 年 月 日							
	市区町村長名							

医師・助産師もしくは市区町村長の証明が必要です

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]	1 2 3 4	[店番号]	1 2 3
	預金種別	口座番号	フリガナ	ケンボ タロウ
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	1 2 3 4 5 6 7	口座名義	健保 太郎

被保険者の口座をご記入ください。
 上記の「委任状」欄を記入した場合は、「代理人」の口座をご記入ください。
 振り込めるのは、日本国内の口座のみです。

◎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
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

被保険者名義以外の口座への振込を希望する場合は、委任状の記入押印が必要です。
 「その他の受領代理人」を選択した場合は、振込希望口座欄も記入してください。

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