

**被保険者 出産育児一時金 支給申請書**  
**健康保険 家族 出産育児一時金付加金**

<b>被保険者が記入するところ</b>	① 記号番号		記号			③ 被保険者(申請者)の氏名・生年月日(自著)	※上記の申請書を当組合に申請するため他の保険者へは申請いたしません。 ※他の保険者へ申請の有無について確認されることに同意します。						
			番号				昭和 平成	年	月	日			
	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		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		
	⑪ 出産した医療機関等の		名称			所在地	TEL ( )						
	⑫ 出生児の氏名		フリガナ				被保険者と出生児の続柄		(例) 長男、長女				
	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								
	⑯ 出産した方		●被保険者 → 退職後6カ月以内の出産ですか。 ●家族 → 当組合に加入後、6カ月以内の出産ですか。		※「はい」の場合、右の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 type="checkbox"/> いいえ ●家族 → 当組合加入前に加入していた保険者について		保険者名						
							記号・番号						
							被保険者氏名(世帯主)						
	<b>証明欄</b> ※いずれか一方で証明を受けて下さい	医師・助産師による 証・明の場合	出産した年月日		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													
市区町村長による (証明の場合のみ)	本籍				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。 年 月 日												
市区町村長名													
<b>振込希望口座</b>	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 <input type="checkbox"/> 当座				口座名義									
<b>委任状</b>	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				TEL ( )		※日中に連絡が取れる電話番号をご記入組合ください				
	受取代理人情報		代理人住所		〒				備考				
		代理人氏名		フリガナ									

## 記入上のご注意

- ①記号・番号は保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書等に記載されています。
- 記入した内容を修正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し正しい内容と記入者の氏名(サイン)を記入してください。
- 添付書類について
  - 医療機関もしくは公的機関から発行された出生証明書原本 と 翻訳文(翻訳者の住所、氏名要)
  - 渡航が確認できる書類(出産時に海外にいたことが確認できる旅券や航空券の写し等)
  - 同意書(健保HPに掲載)ただし、申請書証明欄に証明を受ける場合は、(1)の添付書類を省略することができます。
  - ・「生産」の場合は、医師・助産師又は市区町村長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。(妊娠〇週〇日の記入が必要です)※医療機関等のスタンプ(公印)の押印が無い場合、出生証明書などほかの証明書を確認させていただく場合があります。
- 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」欄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、委任状の記入が必要となります。  
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。(③欄の同一名)
    - ・「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。(③欄の同一名)
    - ・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。

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。

<お問い合わせ先> YG健康保険組合 TEL 03(3511)8201