

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

1 2
申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名		健保 太郎		被保険者が出産したときは、「1」を記入してください。家族が出産したときは「2」を記入し、その方の氏名、生年月日を記入してください。		
申請内容	1 出産した者	2 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）				
	1-① 家族の場合はその方の	氏名	健保 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ○○年○○月○○日	
	2 出産した年月日	平成	○○年○○月○○日	生産・死産の別、出生人数を記入してください。死産の場合は、死産児数と妊娠経過期間（満○○週）を記入してください。		
	3 生産または死産の別	1 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在				
	3-① 「生産」の場合出生人数	2 人	3-② 「死産」の場合死産児数	人	3-②-(1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 〇〇 週
	4 出生児の氏名	健保 愛子、優子		出生児が複数のときは、それぞれの氏名を記入してください		
	5 出産した医療機関等	名称	〇〇〇病院	所在地	〇〇県	出産した病院、診療所又は助産所などの医療施設名を記入してください。（自宅出産の場合は、その旨を記入してください。）
	6 出産した方	●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。		1 1. はい 2. いいえ		
	6-① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 ●被保険者 → 現在加入している保険者について ●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		〇〇健康保険組合		
		記号・番号		〇〇〇-〇〇〇〇		
6-①-(1) 同一の出産について、6-①の保険者より出産育児一時金を	2 1. 受けた／受ける予定 2. 受けない					

証明欄 (いずれかにご記入ください)	医師・助産師による証明の場合		出産者氏名	出産年月日	平成	〇〇年〇〇月〇〇日
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → () 児	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 週)		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日		医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名	印		
	市区町村長による証明の場合(生産のみ)		本籍	筆頭者氏名	母の氏名	出生児氏名
上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日		市区町村長名		印		

医師、又は助産師の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名、住所等を記載したもの）を添付してください。

【添付書類】

- ① 医療機関等から交付される直接支払制度を利用していないことを証明する書類のコピー（領収書に「直接支払制度を利用していない旨」が記載されている場合は、領収書のコピーで可）
- ② 産科医療補償制度の対象分娩である場合には、その旨を証する所定のスタンプを押印された領収書・請求書のコピー