

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

| | | | | |
|--|--|---|---|------------------------|
| 申請内容 | 1 出産した者 | <input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族（被扶養者） | | |
| | 1 - ① 家族の場合はその方の | 氏名 | 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | |
| | 2 出産した年月日 | 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | | |
| | 3 生産または死産の別 | <input type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産 <input type="checkbox"/> 3. 生産・死産混在 | | |
| | 3 - ① 「生産」の場合出生人数 | <input type="text"/> 人 | 3 - ② 「死産」の場合死産児数 | <input type="text"/> 人 |
| | 3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間 | 満 <input type="text"/> 週 | | |
| 4 出生児の氏名 | | | | |
| 5 出産した医療機関等 | 名称 | 所在地 | | |
| 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。 | | <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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 | | 記号・番号 | |
| 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 | <input type="checkbox"/> 1. 受けた／受ける予定 <input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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 | 出生年月日 | 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 |
| | | 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 |

【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