

支給額	円	支払年月日	令和 年 月 日
資格取得	昭・平・令 年 月 日	資格喪失	令和 年 月 日

理事長	常務理事	事務長	担当

【直接支払制度を利用しない場合】に  
ご加入者が医療機関等へ出産費用をお支払いのうえ、「出産育児一時金」をご申請いただくことができます。

## 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者 (申請者) 情報	記号	番号	マイナンバー			
	(フリガナ)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
	住所	(〒 - )		TEL	( ) -	

※任意継続被保険者は、以下にご本人名義の振込先をご記入ください。

振込口座	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 口座番号	<input type="checkbox"/> 口座名義
	銀行 金庫 信組 農協 漁協    本店 支店 出張所	

申請内容	1 出産した者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	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="checkbox"/> 令和
	2 出産年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	1. 生産 -----> 出生人数 _____ 人 2. 死産 -----> 死産人数 _____ 人 3. 生産・死産混在 ----> 妊娠経過期間 満 _____ 週
	3 出産した医療機関等	名称	所在地	
	4 出産した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 => 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 <input type="checkbox"/> 家族 => 当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	保険者名 記号・番号

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 出生年月日 令和 年 月 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。 令和 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
	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 令和 年 月 日 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名

事業主証明欄	上記のとおり相違ないことを証明する。 請求者より委任を受けた給付金は、当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し、請求者へ給付します。	令和 年 月 日
	事業所所在地	
	事業所名称 事業主氏名	

委任状	給付金の受領を上記事業主に委任します。	令和 年 月 日
	氏名(自署)	

※任意継続被保険者は記入しないでください。

受付日付印

## 添付書類

※ご提出いただいた原本は返却できません。

### ① 医療機関等から交付された合意文書（写し）

- ・ 直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結していない旨 および 申請先となる当組合名が記載されているもの

### ② 出産費用の領収・明細書（写し）

- ・ 産科医療補償制度対象分娩の出産の場合は、その旨が「産科医療補償制度の対象分娩です」の文言が印字やスタンプ等により明記されているもの

### ③〔生産で、申請書に医師等・市町村長の証明が受けられない場合〕

**戸籍謄本（原本）、出生時の戸籍抄本（原本）等**

### ④〔死産で、申請書に医師・助産師の証明が受けられない場合〕（市区町村長の証明は「生産」のみとなります）

**死産証書（死胎検案書）等（写し）**