

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

該当する□に✓を記入してください。

被 保 険 者 記 入 欄	① 被保険者証 記号 - 番号	—		② 被保険者氏名			
	③ 被保険者住所	〒 — 連絡先 ()					
	④ 事業所名称						
	⑤ 出産年月日	令和	年	月	日	⑥ 生産又は死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産
	⑦ 生産の場合	出生児数 () 人			⑧ 死産の場合	死産児数 () 人	
						妊娠経過期間 () 週	
	⑨ 家族が出産したときは その氏名と生年月日				<input type="checkbox"/> 昭和	年	月 日 生
					<input type="checkbox"/> 平成		
	⑩ 出産した 医療機関等	名 称					
		所 在 地					
	⑪被保険者のマイナンバー (①欄の記号番号を記入した場合は不要です)						
	⑫ 受領委任欄	本申請に基く給付金に関する受領を _____ に委任します。 被保険者氏名 _____					

※被保険者が押印されない場合は、□に✓を記入してください。

確 認 欄	<input type="checkbox"/>	被保険者本人が記入したものである。
	<input type="checkbox"/>	事業所が記入し、記入内容に誤りがないか被保険者本人が確認している。

証 明	医師・助産師による証明	出産者氏名			出産年月日	令和	年	月	日
		出生児の数	単胎・多胎 (児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産	<input type="checkbox"/> 死産 (妊娠経過期間	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 名称 医師・助産師名							
欄	市区町村長による証明	本籍			筆頭者氏名				
		出産者氏名	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							

令和 年 月 日 提出

受付日付印

※ 注意事項・添付書類については別紙をご確認ください。

【注意事項】

- ※ 標記について被保険者が出産した場合は「被保険者」を、家族が出産した場合は「家族」を○で囲んでください。
- ※ 「生産・死産の別」欄は該当する文字を○で囲み、死産のときは妊娠何週(何ヵ月)であったかを記入してください。
- ※ 証明欄は医師・助産師又は市区町村のいずれかの証明が必要です。

【添付書類】

国内 での出産	○ 医療機関等から交付された合意文書の写し
	○ 出産費用の領収・明細書の写し
海外 での出産	○ 出産の事実が確認できる書類 ・ 現地の公的機関が発行する戸籍や住民票等の住民登録に関する書類 ・ 出産をした医療機関等が発行する出産証明書 等
	○ 海外に渡航していたことが確認できる書類 ・ 旅券、航空券又はパスポート等の写し
	○ 海外での出産をした事実及び内容等について、当健康保険組合が公的機関又は医療機関等に対して照会を行うことに関する出産者の同意書
	○ 上記のものを日本語に翻訳したもの(翻訳した方の住所・氏名記載要)