

※直接支払制度を利用しない場合の用紙

▶記入しないでください

健 保 使 用 欄	支払額	¥	拾万	万	千	百	拾	円	資格取得日	年	月	日	
			資格喪失日	年	月	日							
			同年月日	年	月	日							
	法定 付加	款	項	目						支払年月日	年	月	日
										出産日	年	月	日

健康保険 被保険者 出産育児一時金 申請書
家族 出産育児一時金付加金

◎添付書類が必要です(別紙をご覧ください)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証 の記号・番号	(記号)	(番号)	② 事業所名
	被保険者 (請求者)の 氏名・印 住 所	③ 氏 名 (フリガナ)	④ 住 所	郵便番号 - 電話 () -
	⑤被扶養者が出産のとき その者の氏名・生年月日	氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日
	⑥出産した年月日	平成 年 月 日	生産 児数 人	死産 児数 人
	⑦出生児の氏名		在胎 週数 週	⑧他の制度から 出産育児一時金 を受けたかどうか
	⑨被扶養者の認定を受けた日から6か月以内に 出産の場合は、以前加入していた被保険者証の 記号・番号及び保険者名	(記号)	(番号)	ア. 受けた イ. 受けていない ウ. 請求中

▶いずれか一方で差し支えありません

証 明 す る は 市 区 町 村 長 が	医師 明 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長	出生した 年月日	平成 年 月 日	生産・死産	(妊娠第 週 又は第 月)	出生児 の数	単胎・多胎(児)
		上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 (印)					
		本 籍			筆 頭 者 氏 名		
		出生届出日	平成 年 月 日	出生児氏名	出生年月日		
		うえのとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 市区町村長名 (印)					

*記号・番号をご記入された方はマイナンバーの記入は不要です。また、マイナンバーで申請希望される方は③の被保険者氏名の下に12桁の数字をご記入ください

支 払 希 望 の 銀 行	必ずご記入ください											
	銀行 コード (4ケタ)		銀行 信用金庫 農協	支店 コード (3ケタ)		支店	普通・当座 (○をつけてください)					
	口座 番号	ゆうちょ銀行のみ8ケタの記入をお願いします						口座 名義	カタカナで記入してください			

※被保険者以外の口座をご希望の場合は『受取代理人の欄』にもそれぞれ記入・捺印が必要です

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 平成 年 月 日											
	被保険者	住所	氏名	(印)								
	代理人	住所	氏名	(印)								

~~~~~ 受付日付印 ~~~~~

## 記入するときの注意事項（添付書類を含む）

⑤の欄は家族が出産した場合のみ記入してください

◎「医師又は助産師の証明」又は「市区町村の証明」についてはいずれか一方で差し支えありません。

生産の場合はこれらの証明に代えて、出生児の戸籍謄本原本、出生届けの受理証明書原本（母子の氏名、出生年月日が明記されたものに限る）の添付でも差し支えありません。

死産の場合は在胎週数の分かる書類の添付をしてください

医師又は助産師の証明書が外国語で作成されている場合は、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

- ◆分娩機関から交付される出産育児一時金直接支払制度合意文章の写しを添付してください。
- ◆分娩費内訳明細書（領収書）の写し {産科医療補償制度の対象分娩の場合は所定印が必要} を添付してください。  
(海外での出産の場合は上記の添付は必要ありません)

※同一の出産につき「出産育児一時金」と「家族出産育児一時金」等の複数の給付を受取ることはできませんので、ご注意ください

※健康保険の給付を受ける権利は、2年間で消滅します。