

※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						
	支払額		¥	拾万	万	千	百	拾	円
	被扶養者資格確認	<input type="checkbox"/>							
法定	3	1	10	19				処理日： 年 月 日	
付加	3	2	3	4				支払日： 年 月 日	

◎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被保険者等 記号・番号	(記号)	(番号)	② 事業所名					
	被保険者のマイナンバー(被保険者等記号番号を記入した場合は不要です)								
	被保険者 (請求者)の 氏名 住所	③ 氏名 (フリガナ)	④ 住所	郵便番号	-				
	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	令和	年	月	日	生産 児数 人	死産 児数 人	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
	⑦出生児の氏名								
	⑨被扶養者の認定を受けた日から6ヵ月以内に 出産の場合は、以前加入していた被保険者等 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				
	⑩資格喪失後の出産の場合は、新たに加入 した被保険者等記号・番号及び保険者名		(全国健康保険協会支部名・健康保険組合名)						

▶いずれか一方で差し支えありません

証 明 す る 市 区 町 村 長 が	出生した年月日	令和	年	月	日	生産・死産	妊娠第 又は第	週 ヵ月	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。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 TEL() - 本 籍 筆頭者氏名										
	出生届出日	令和	年	月	日	出生児氏名	出生年月日	令和	年	月	日
	うえのとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 市区町村長名 (印)										

⑩ 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	ゆうちょ銀行は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			
	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合はチェックしてください※公金受取口座へのお支払いにはお時間をいただく場合があります											

受付日付印

申請書送付先
お勤めの会社または健保組合

* 健保組合住所 *
541-0041
大阪府大阪市中央区北浜4-7-28
住友ビル2号館6階
住商連合健康保険組合 あて

住商連合健康保険組合

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。⑦の欄の出生児氏名の記載は不要です。

◎海外で出産された場合

- ・医師又は助産師の証明書、証明書の日本語翻訳文（翻訳者の氏名、住所等を記載したもの）
- ・海外に渡航した事実が確認できる書類（パスポート、ビザ、航空チケット等の写し）
- ・海外の医療機関に対して出産の事実、内容等の照会を行うことの同意書

上記の3点を必ず添付してください

◆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書の写しを添付してください。

◆分娩費内訳明細書（領収書）の写しを添付してください。

「産科医療保障制度の対象分娩」の場合は分娩費内訳明細書（領収書）に「産科医療保障制度の対象分娩です」の文言の記載が必要です。

（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。