窓口で出産費を全額支払った場合

記入例　健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書（全額支払）

被保険者(申請者)情報

被保険者等記号・番号	記号 X	番号 XXXXX	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
氏名	（フリガナ）サンヨウ ハナコ 三陽　花子	生年月日	昭和 平成 令和 XX 年 XX 月 XX 日
住所	（〒 XXX － XXXX ） ○○県○○市○○XX-XX	電話番号（日中の連絡先）	XXX（ XXXX ）XXXX

申請内容

1 出産した者	1. 被保険者 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 昭和 平成 令和 年 月 日
2 出産した年月日	令和 XX 年 XX 月 XX 日		
3 生産または死産の別	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在	3 - ① 「生産」の場合出生人数 X 人	3 - ② 「死産」の場合死産児数 人 / 3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間 満 週
4 出産した医療機関等	名称 ○○○クリニック	所在地 ○○市○○XX-XX	
5 出産した方が被保険者で当組合資格喪失後6か月以内の出産である場合、現在加入している保険者について	保険者名 記号・番号	5 - ② 左記の保険者より出産育児一時金を	1. 受けた 2. 受ける予定 3. 受けない
6 出産した方が被扶養者で当組合加入後6か月以内の出産である場合、以前加入していた保険者について	保険者名 記号・番号		1. 受けた 2. 受ける予定 3. 受けない

該当する場合はご記入ください。
前・現保険者どちらか一方への請求となります。

振込先指定口座

☑ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄を記入。）
注）口座情報の反映には登録から数日を要します。

金融機関名称	銀行　本店 支店 出張所	預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他
口座番		口座名義（カタカナ）	

✔の場合は振込口座記入不要
口座の記入がある場合は、
記入された口座に振込します

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	○○○クリニック	出産年月日	令和 XX年 XX月 XX 日
出生児の数	1. 単胎 2. 多胎（　児）	生産または死産の別	1. 生産 2. 死産(妊娠　週)

上記のとおり相違ないことを証明する。
令和 XX 年 XX 月 XX 日

医療施設の所在地 ○○県○○市△△XXXX-XXX
医療施設の名称 ○○○病院
医師・助産師の氏名 ○○　○○

医療機関等に証明してもらってください

証明の場合（生産のみ）

【添付書類】
①医療機関等から交付される**合意文書（写）**
直接支払制度を**利用しない**旨、請求先の保険者が当組合である旨を記載したもの
②**出産費用の領収・明細書（写）**
産科医療保障制度加入機関で出産した場合は、その旨が印字やスタンプ等により明記されたもの

三陽商会健康保険組合

（R7.1）