

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 XX年 XX月 XX日 令和
	住所	(〒 XXX - XXXX) 〇〇県〇〇市〇〇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	〇〇〇クリニック		所在地	〇〇市〇〇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			5 - ② 左記の保険者	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			5 - ② 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				

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	<input checked="" 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します。(利用する場合は <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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		口座名義 (カタカナ)	

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	〇〇〇クリニック	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。	医療施設の所在地	〇〇県〇〇市△△XXXX-XXX					
		令和 XX年 XX月 XX日	医療施設の名称	〇〇〇病院		医療機関等に証明して もらってください			

【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