

# 健康保険 被保険者 出産育児一時金 支給申請書

家族 出産育児付加金

◎ 記入に際しては裏面の記入上の注意をよくお読み下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号と番号	記号 番号	② 被保険者(申請者)の氏名・生年月日	昭・平 年 月 日			③ 印	
	④ 被保険者(申請者)の住所	フリガナ 〒 TEL ( )						
	⑤ 被保険者の勤務していた又は勤務する事業所の名称	所在地	TEL ( )					
	⑥ 被扶養者が出産したための申請であるときは、その方の氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日生		
	⑦ 出産した年月日	平成	年	月	日	⑧ 生産児数 人	⑨ 死産児数 人	⑩ 死産のときはその妊娠経過期間 週
	⑪ 出産した医療機関等の名称	医療機関等の所在地	〒 TEL ( )					
	⑫ 出生児の氏名	フリガナ TEL ( )						
	⑬ 被保険者と出生児の続柄	⑭ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない	⑮ 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由				
	保険者連絡先							
	⑯ 資格喪失後、夫の被扶養者となったときは、その被保険者証の	保険者名		保険者の電話番号	記号・番号	被保険者氏名(世帯主名)		
	⑰ 被扶養者が出産した日の6ヶ月前に被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の	( ) 社会保険事務所		( ) 国民健康保険	( ) 健康保険組合			

証 明 す る と こ ろ	⑱ 出産した年月日	平成 年 月 日	⑲ 生産または死産の別	生産・死産(妊娠) 週		
	⑳ 出生児の数	単胎・多胎( ) 児		㉑ 備考		
	㉒ 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 医療機関等の名称・所在地 〒 医師・助産師名 ㉓ TEL ( )					
区 市 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	㉔ 本籍	㉕ 筆頭者氏名				
	㉖ 出生届出日	平成 年 月 日	㉗ 出生児氏名	㉘ 出生年月日	平成 年 月 日	
	㉙ 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 区市町村長名 ㉚ TEL ( )					

年 月 日 提出

⑳ 保 険 給 付 金 振 込 先	銀行	支店	1: 普通 口座番号
			2: 当座 口座名義(フリガナ)
	金融機関コード		
㉓ 委 任 状	被保険者住所..... (申請者) 氏名..... ㉔		
	私は下記の者に保険給付金の受領に関する権限を委任します。 (1) 事業主の選定した保険給付金受領代理人 (2) (1) 以外の受領代理人		
	受領代理人 住所..... 氏名.....		

受領日付印  
(健康保険組合使用欄)

### (記入上の注意)

1. 標題の「被保険者」と「家族」の文字は、いずれか該当する文字をマルで囲んでください。
2. ①は健康保険被保険者証に記載されています。
3. ⑬の続柄は、長男・長女などに入れてください。
4. ③、⑳または㉔、および㉚の印は、はっきりと押印してください。また、訂正箇所には各記入者と同じ印を押してください。
5. ⑨が「死産」の場合は、妊娠何週の死産であるかを、かっこ内に書き入れてもらってください。
6. 医師・助産師又は区市町村長が証明するところ（⑱～㉒または㉗～㉚）は、どちらか一方で証明を受けてください。
7. 海外で出産した場合
  - (a) 出産の事実を証明するものが外国語で記載されている場合は翻訳者の住所、氏名を記した日本語の翻訳文の添付が必要になります。
  - (b) 医師が印鑑を持っている場合はその印と、医療機関等のスタンプも必ず押してもらってください。  
スタンプの押印がある場合でも他の証明書（出生証明など）を確認させていただく場合があります。
8. ㉙～㉚（保険給付金の振込先等）について
  - (a) 振込先が被保険者（申請者）の口座の場合は㉙のみご記入下さい。
  - (b) 事業主の選定した保険給付金受領代理人口座へ振込を希望する場合は㉚の委任状欄に被保険者（申請者）の住所、氏名を記入、押印のうえ、(1)に○印をして下さい。（㉙の記入は不要です）
  - (c) (b)以外の受領代理人口座へ振込みを希望する場合は、㉚の委任状欄に被保険者（申請者）の住所、氏名を記入、押印のうえ(2)に○印をし、受領代理人の住所、氏名を記入して下さい。この場合は㉙に、受領代理人の振込先を記入して下さい。