

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

海外で出産した場合

添付書類

◎記入方法については、裏面の「記入上のご注意」を確認してください。

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号と番号	記号 番号	② 被保険者(申請者)の氏名・生年月日	※上記の申請書を当組合に申請するため他の保険者へは申請いたしません。 ※他の保険者へ申請の有無について確認されることに同意します。		③
	④ 被保険者(申請者)の住所	(〒 - )	TEL ( )	※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。		
	⑤ 事業所の名称		TEL ( )			
	⑥ 出産した方が被扶養者の場合	氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	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 死産の時はその妊娠経過期間	週
	⑪ 出産した医療機関等の名称		所在地	TEL ( )		
	⑫ 出生児の氏名	フリガナ	⑬ 被保険者と出生児の続柄	(例) 長男、長女		
	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			
	⑯ 出産した方	※「はい」の場合、右の欄へ記入してください。		保険者名		
	●被保険者 ⇒ 退職後6か月以内の出産ですか。	<input type="checkbox"/> はい	→ ●被保険者 ⇒ 現在加入している保険者について	記号・番号		
●家族 ⇒ 当組合に加入後、6か月以内の出産ですか。	<input type="checkbox"/> いいえ	●家族 ⇒ 当組合加入前に加入していた保険者について	被保険者氏名(世帯主)			

証明欄	⑰ 出産した年月日	年 月 日	⑱ 生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週 日)		
	⑲ 出生児の数	単胎・多胎( 児)	⑳ 備考			
	⑳ 上記のとおり相違ないことを証明する。		年 月 日			
	医療機関等の名称・所在地			TEL ( )		
医師・助産師名			TEL ( )			
市区町村長(生産のみ)	㉑ 本籍		㉓ 筆頭者氏名			
	㉒ 出生届出日	平成 年 月 日	㉔ 出生児氏名	㉖ 出生年月日	平成 年 月 日	
	㉕ 上記のとおり相違ないことを証明する。		平成 年 月 日			
市区町村長名						

⑳ 振込希望口座	銀行・信組 金庫・農協	支店 出張所
	(金融機関コード [ ] )	(店番号 [ ] )
預金種別	口座番号	フリガナ
<input type="checkbox"/> 普通		口座名義
<input type="checkbox"/> 当座		

平成 年 月 日提出  
受付日付印  
(健康保険組合使用欄)

◎給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、下記の委任状へ記入・押印してください。

委任状	私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。 ※ <input type="checkbox"/> にチェックを入れて下さい。	
	<input type="checkbox"/> 事業主の選定した保険給付金受領代理人 <input type="checkbox"/> その他の受領代理人	
	被保険者(申請者) 住所	氏名
受取代理人 住所	(〒 - ) TEL ( )	※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
受取代理人 氏名	フリガナ	

〔備考〕  
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

医療機関もしくは公的機関から発行された出生証明書の原本とその翻訳文(右記の証明欄に証明を受ける場合は添付書類を省略することができます)

## 記入上のご注意

1. ①記号・番号は保険証に記載されています。
2. ③本人の印、②医師・助産師の印又は⑳市区町村長の印は、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。

### 3. 添付書類について

**医療機関もしくは公的機関から発行された出生証明書の原本 と 翻訳文**（翻訳者の住所、氏名、捺印要）

■ 申請書証明欄に証明を受ける場合は、添付書類を省略することができます。

・「生産」の場合は、医師・助産師（⑰～⑱）又は市区町村長による証明（⑳～㉑）のいずれか一方で証明を受けてください。

※「死産」の場合は、医師・助産師による証明を受けてください。（㉒に「妊娠〇週〇日」の記入が必要です。）

・医療機関等のスタンプ（公印）と医師もしくは助産師のサイン（印鑑を持っている場合にはその印も）が必要です。

※医療機関等のスタンプ（公印）の押印がない場合、出生証明書など他の証明書を確認させていただく場合があります。

### 4. ㉓、㉔（振込希望口座等）について

■ 振込先が被保険者（申請者）の口座の場合は㉓のみ記入してください。

※国外への送金は行わないため、国内の金融機関をご指定ください。

※口座名義がカナ表記の場合はカナで、アルファベット表記の場合はアルファベットでご記入ください。なお、口座名義がアルファベットの場合はフリガナの記入は不要です。

■ 給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、㉔の委任状が必要となります。

委任状の「事業主の選定した保険給付金受領代理人」、「その他の受領代理人」のいずれかにチェック☑を入れ、

#### **[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]**

・被保険者の住所・氏名を記入、押印してください。（③印と同一印）

・㉓の記入は不要です。

#### **[その他の受領代理人へ振込を希望する場合]**

・被保険者の住所・氏名を記入、押印してください。（③印と同一印）

・受取代理人情報の代理人住所・電話番号・代理人氏名を記入してください。

・㉓に受領代理人の口座を記入してください。

健康保険の給付を受ける権利は2年間で消滅します。出産育児一時金の時効の起算日については「出産日の翌日」となります。

<問合せ先> 給付課 TEL 03-5925-5303