

健康保険

被保険者 出産育児一時金
家 族 出産育児付加金

支給申請書

※海外での出産を除く

添付書類

(2)(1) 医療機関等との合意文書（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）
産科医療補償制度対象分娩の場合は、その旨が印字やスタンプにより明記された明細書または領収書の写し

被保険者が記入するところ	① 記号・番号 記号・番号	記号 番号	② 被保険者 (申請者)の 氏名・生年月日		③ 昭和・平成 年 月 日	
	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	令和 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 ()		

証明欄	医師・助産師 による証明の場合	⑫ 出産した年月日	令和 年 月 日	⑬ 生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週 日)
		⑭ 出生時の数	単胎・多胎(児)	⑮ 備考	
		⑯ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療機関等の名称・所在地 医師・助産師名 TEL ()			
市区町村長 (生産のみ)	⑰ 本籍	⑱ 筆頭者氏名			
		⑲ 出生届出日	令和 年 月 日	⑳ 出生児氏名	㉑ 出生年月日
		㉒ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 ㉓			

⑳ 振込希望口座

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してください。)
注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。
注) 公金利用に☑があり、かつ下記の欄に口座の記載がある場合は、記載の口座へ振込みを行います。

銀行・信組 金庫・農協	支店 出張所	預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	口座名義 (カタカナで記入してください)
[金融機関コード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>]	[店番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>]			

※ローマ字登録の方はローマ字で記入してください。

◎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をしてください。

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ください。 <input type="checkbox"/> 事業主の選定した保険給付金受領代理人 (②および右欄の受取代理人情報の記入は不要です。) <input type="checkbox"/> その他の受取代理人	受取代理人情報	(〒 -) TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
	住所 被保険者(申請者) 氏名		フリガナ 代理人氏名

〔備考〕

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。)

受付日付印
(健康保険組合使用欄)

記入上のご注意

- ①記号・番号は、資格確認書又は資格情報のお知らせに記載されています。
- 記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と**各記入者の氏名（サイン）**を記入してください。
- 証明欄については、「生産」の場合は、医師・助産師（⑫～⑬）又は市区町村長による証明（⑰～⑱）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（⑫～⑬）による証明を受けてください。（⑳に「妊娠〇週〇日」の記入が必要です。）
- 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。
 - 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・氏名を記入してください。
 - ・あらかじめお届けいただいている保険給付金受領代理人口座へのお振込みとなるため、㉓および受取代理人情報の記入は不要です。**[その他の受取代理人へ振込を希望する場合]**
 - ・被保険者の住所・氏名を記入してください。
 - ・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に受取代理人の口座を記入してください。

※海外での出産の場合は、別の申請書となります。

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。

【送付・問合せ先】

〒169-8516 新宿区百人町2-27-6
関東ITソフトウェア健康保険組合
給付課 TEL03-5925-5303