

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

◎ 産科医療補償制度に加入している分娩医療機関等で出産した場合(所定要件有)、法定給付額に補償制度の掛金相当額を加算して支給します。ただし、この支給を受けるときは「産科医療補償制度加入医療機関等であることを証明するスタンプの押された出産費用支払時の領収・明細書等の写し」の添付が必要です。

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号		事業所 名称	生年月日		連絡先電話番号
	記号	番号				
	(申請者) 被保険者の	氏名		昭和・平成 年 月 日		連絡先(送付先)住所
		〒 -				
被扶養者が 出産した場合は その方の	氏名		生年月日		被保険者との続柄	
	昭和・平成 年 月 日					
被保険者が 出産した場合	出産年月日	令和 年 月 日	出生児 の氏名	被保険者との続柄		
	該当する要件はどちらですか? 1: 被保険者資格期間中の出産 2: 資格喪失後6カ月以内の出産(※1) ※1 出産日に加入している医療保険制度の 被保険者証の写しを添付してください。		家族(被扶養 者)が出産し た場合	家族があなたの被扶養者になった時期は? 1: 出産日から6カ月以上前 2: // 6カ月以内(※2) ※2 被扶養者になる前に加入していた医療保 険制度名を下欄↓に記してください。		
※2 医療保険制度・保険者名		証の記号番号(分かる範囲で)		被保険者名		
健康保険組合・共済組合・国民健康保険 全国健康保険協会 支部・他						

医師・助産師又は、 証明するところ 市区町村長が	出生した年月日	令和 年 月 日	生産または死産の別	生産・死産(妊娠経過期間 週)		
	出生児の数	単胎・多胎(児)	備考			
	上記のとおり相違ないことを証明する。			年 月 日		
	証明者の名 称	所在地		連絡先 TEL ()		
	医師・助産師名					
	戸籍の筆頭者名	母の氏名				
出生年月日	令和 年 月 日	出生児氏名				
上記のとおり相違ないことを証明する。			出生届出日	年 月 日		
市区町村長名			(印)			

振込先 金融機関	労働金庫		本店	預金	1: 普通
	[]		支店	種別	
店番号	口座 番号	口座 名義	(カタカナで記入)		

※「振込先口座名義」を、申請者以外の口座に指定する場合は、以下を記入してください。

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日				年 月 日提出 受付日付印
	〒 - 被保険者 住所 (申請者) 氏名				
	代理人の 氏名	(フリガナ)	申請者 との関係		
代理人の 住 所	〒 -				

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、個人番号確認と本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

【必要な添付書類】

- ① 「出産費用の領収・明細書の写し」
- ② 「医療機関と交わした合意文書(直接支払制度を利用しない旨)の写し」