

被保険者
家族

出産育児一時金・付加金 請求書

直接支払制度・受取代理制度を利用しなかった方用

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	—	事業所の名称		
	被保険者の氏名	生年月日	昭和・平成	年 月 日	
		電話番号			
	住所	〒 —			
	家族が出産した場合はその氏名	生年月日	昭和・平成	年 月 日	
	出産年月日	令和	年 月 日		
	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 (人)	<input type="checkbox"/> 死産 (人)	妊娠経過期間 満()週	
	出産した医療機関等	名称 所在地	直接支払制度の利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	出産した方が家族の場合	出産した方が当組合の元被保険者(退職者)の場合			
	出産日は当組合に加入(扶養認定)後6カ月以内ですか <input type="checkbox"/> はい ⇒ 当組合加入前の健康保険について(ア)(イ)(ウ)欄に記入してください <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ 記入不要です	出産日は退職後6カ月以内ですか <input type="checkbox"/> はい ⇒ 出産日に加入している健康保険について(ア)(イ)(ウ)欄に記入してください ※6カ月を超えた場合は当組合に請求できません			
(ア) 健康保険の名称	(イ) 記号-番号	(ウ) 加入時の氏名			

この申請書の出産について、
(ア) 欄に記入した健康保険から出産育児一時金を

受けた/受ける予定 ※二重請求はできません
 受けない

振込口座
 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。④ 口座情報の反映には登録から数日を要します(利用する場合はチェック☑してください。利用しない場合は下記の口座欄を記入してください。)

被保険者名義
銀行・信金・その他() 支店
普通預金 口座番号 フリガナ 口座名義

※保険証の記号・番号に代えて個人番号(マイナンバー)により申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(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。)

備考欄

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	出産者氏名	出生年月日	令和	年 月 日
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)	生産または死産の別	生産 ・ 死産(妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。		令和	年 月 日
	医療機関等の所在地 名称 医師・助産師の氏名			
	本籍	筆頭者氏名		
	母の氏名	出生児氏名	出生年月日	令和 年 月 日

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

印

添付書類 ・ 医療機関等から交付される合意文書の写し
(直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結していない旨及び申請先となる当組合名が記載されているもの)
・ 出産費用の領収・明細書の写し
(直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結していない旨が記載されているもの、および産科医療補償制度加入機関で出産した場合は「産科医療補償制度の対象分娩です」の文言が印字やスタンプ等により明記されたもの)

注意事項 被保険者本人が資格喪失後に出産した場合は付加金の支給はありません