

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

申請内容	1 出産した者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）		
	1 - ① 家族の場合はその方の	氏名	生年月日 年 月 日	
	2 出産した年月日	年 月 日		
	3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在		
	3 - ① 「生産」の場合出生人数	<input type="checkbox"/> 人	3 - ② 「死産」の場合死産児数	<input type="checkbox"/> 人
			3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 <input type="text"/> 週
4 出生児の氏名				
5 出産した医療機関等	名称	所在地		
6 出産した方	●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。		<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ	
6 - ① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 ●被保険者 → 現在加入している保険者について ●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について	保険者名		記号・番号	
6 - ① - (1) 同一の出産について、6 - ①の保険者より出産育児一時金を	<input type="checkbox"/> 1. 受けた／受ける予定 2. 受けない			

証明欄 (いずれかにご記入ください)	医師・助産師による 証明の場合	出産者氏名	出産年月日		年 月 日
		出生児の数	<input type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 多胎 () 児	生産または死産の別	<input type="radio"/> 生産 <input type="radio"/> 死産 (妊娠 週)
		上記のとおり相違ないことを証明する。 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名		年 月 日	印
市区町村長による 証明の場合(生産のみ)	本籍	筆頭者氏名			
	母の氏名	出生児氏名	出生年月日	年 月 日	
		上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長名		年 月 日	印

【添付書類】

1. 医療機関等から交付される「代理契約に関する合意文書の写し」
2. 退院時に精算をした出産費用の「領収・明細書の写し」

※「直接支払制度を用いていない旨」の記載及び「産科医療補償制度の対象分娩であることの証明印」が押印されているか、ご確認ください。