

健康保険 **被保険者 家族** 出産育児一時金・付加金支給申請書

※ 直接支払制度を利用しない場合  
又は 海外で出産した場合

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号 〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇	被保険者資格取得日	平成 27年 4月 1日	被保険者資格喪失日(喪失後の場合)	平成 年 月 日
	被保険者(申請者)氏名と印	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	被保険者(申請者)住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-1		
	生年月日	昭和 平成 51年 7月 31日	電話	〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇		
	事業所名及び部署	株式会社〇〇〇〇 〇〇〇部	電話(内線)	〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇 (内線) 〇〇〇		
	被扶養者の出産である場合はその者の氏名	健保 花子	生年月日	平成 50年 8月 31日	被保険者と出産した者の続柄	妻
	出産した年月日	平成 27年 9月 30日	生産児数	1人	死産児数	人
	出産した医療機関等の名称・所在地	(名称) 〇〇〇産婦人科病院	(所在地)	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町10-1 電話 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇		
	出産した医療機関の産科医療補償制度加入の有無	有・無	海外で出産した場合はその旨			
	出生児の氏名	フリガナ ケンボ ケンタ 健保 健太	被保険者と出生児の続柄	長男	出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない
	①被保険者が資格喪失後6ヶ月以内の出産で申請する場合、現在の保険証の ②被扶養者が認定後6ヶ月以内の出産で申請する場合、以前加入していた保険証の		保険者名(国民健康保険又は、健康保険組合名など)	電話	該当者のみ 証明欄	

※医師・助産師又は市区町村長が証明する欄はどちらか一方で証明を受けてください。(※海外で出産した場合、証明欄の記載証明は省くことができますが、添付書類A、Bを提出してください。)

医師・助産師の証明欄	出産年月日	平成 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠第 月又は第 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。				
医療施設名の名称・所在地				
医師・助産師名				
<b>医師または市区町村長の証明欄</b> ※海外で出産した場合、証明欄の記載証明は省くことができます。下記添付書類A、Bを提出してください。				
市区町村長の証明欄	本籍			
	出生届出日	平成 年 月		
上記のとおり相違ないことを証明する。				
市区町村長名				

※生産の場合でも、必ず週数をご記入ください。

支払金融機関	三井住友 銀行 飯田橋 本店 支店 普通 当座
	フリガナ ケンボ タロウ 口座番号
	口座名義(被保険者名義) 健保 太郎 〇〇〇〇〇〇

- 《添付書類》
- ① 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および申請先となる当組合名が記載されているもの)
  - ② 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 産科医療補償制度に加入する医療機関で出産した場合は証明するスタンプを押印したもの)

- 《海外で出産した場合の添付書類》
- A 医療機関または公的機関等で発行された出産の事実を証明するもの
  - B 上記証明書の日本語訳(作成年月日、翻訳者の住所、氏名の記入、捺印がされているもの)

平成 年 月 日提出  
受付日付印