

健康保険 被保険者 出産育児一時金支給申請書  
被扶養者  
【直接支払制度利用なしまたは海外で出産した場合】

被保険者情報	被保険者等 記号番号	記号	番号	所属事業所 及び部署名	電話(内線)
	氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒 電話 ( )			
	社員番号			メールアドレス	

申請内容	出産した方 (該当に○)	本人(被保険者)・家族(被扶養者)		出産した 方の氏名				
	出産した 年月日	平・令	年 月 日	出産した方 の生年月日	昭和 平成	年 月 日		
	生産または死産の別 (該当に○)	生産 ・ 死産		生産 児数	人	死産 児数	人	死産の時は 妊娠経過期間 満 ( ) 週
	出生児の氏名			被保険者と 出生児の続柄			出生児は 被扶養者か	はい いいえ
	出産した 医療機関名称			出産した 医療機関住所				
	■下記に該当する場合に記入				保険者名	電話 ( )		
1. 被保険者が退職後6か月以内の出産→ 現在加入している保険者名・記号番号 等				記号-番号	-			
2. 被扶養者が認定後6か月以内の出産→ 以前加入していた保険者名・記号番号 等								

振込先情報	1. 健保給付金指定振込口座 ( ※原則給与口座 )						
	2. 1以外で希望する 場合の振込み先	金融機関名称	銀行 信用金庫			本店 支店	
		預金種別	普通	口座番号	口座名義 (カタカナ)		

■証明欄(いずれか一方の証明を受けてください)

医師・ 助産師	出産者氏名			出産年月日	平・令	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(妊娠第 月または満 週 日)		
	上記のとおり相違ないことを証明する 令和 年 月 日 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名					
市区 町村長	本籍			筆頭者氏名	母の氏名	
	出生児氏名			出生年月日	平・令	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					

添付書類	1. 医療機関等との直接支払制度利用有無に関する合意文書の写し						
	2. 医療機関等が発行する出産費用の領収書・明細書の写し(産科医療保障制度加入医療機関にて分娩の場合は所定スタンプの押印必要)						
	3. 医師・助産師の証明欄/市区町村長証明欄は、母子手帳の表紙(氏名記載分)+市区町村の証明印がある頁 又は出生証明書等の写しにて代用可						
	※海外で出産した場合は以下の書類を添付してください。 1. 出産した事実を証明する証明書 2. 出生証明書の日本語翻訳 3. 海外渡航期間がわかる書類(パスポート等)の写し 4. 海外の医療機関等に照会することの同意書						

受付日付印