被保険者→(出産医療機関等)→健保

受付年月日	支払年月日

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

太枠内をご記入ください。　　申請年月日　令和　年　月　日

被保険者が記入するところ

㋐ 被保険者証 記号・番号	－	㋑ 被保険者 氏名・印	㊞	㋒ 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
㋓ 被保険者 (申請者) 住所・TEL	〒 TEL	㋔ 事業所名称 所在地 勤務地 【部署名】	**虹技 株式会社** 姫路市大津区勘兵衛町4丁目1番地 姫路 東京 北陸 名古屋 北九州 【 】		
㋕ 出産をされた方	□ 被保険者 □ 被扶養者 ⇒	㋖ 氏名	(被保険者の時は省略)	㋗ 続柄 妻等	㋘ 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日
㋙ 出産した年月日	令和 年 月 日	㋚ 生産または死産の別	1．出産 2．死産 3．生産・死産混在	㋛ 出生児数	人
		㋜ 死産児数	人	㋝ 妊娠経過期間	満( )週 ( )日
		㋞ 死産の時はその旨 出産後2～3時間での死産の場合はその旨記入	にて死産		
㋟ 出生児の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	㋠ 被保険者との続柄 (例:長男、二女など)		㋡ 出産した医療機関等の	名称
					所在地
㋢ 出生児が当健保の被扶養者かどうか	被扶養者で ある ない	㋣ 出生児が被扶養者でないときはその理由		被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)	

㋤【該当者のみ記入】 **出産日より以前、6ヶ月の間に異動(退職、扶養認定)のあった方**

1．当健康保険組合資格喪失後(退職後)６ヶ月以内の出産の場合
　現在加入している健康保険組合名等を記入➢➢
2．被扶養者認定後６ヶ月以内の出産の場合
　認定前に加入していた健康保険組合名等を記入➢➢

健保組合等の名称・TEL	TEL ( )		
記号		番号	
改姓した場合、当時の氏名			

㊟1年以上健康保険の被保険者であった方が、その資格喪失後６ヶ月以内に出産された場合は、喪失した最後の保険者から出産育児一時金を受け取ることができます。請求先健保の選択は出産予定者の判断によりますが、それぞれの健保からの重複支給はできません。

上記㊟をご理解のうえ《□に✓をしてください》 □ **同一の出産について他保険者から『出産育児一時金』を受けません。**

※死産の場合は医師・助産師の証明が必要です。証明を受けられない場合は（死産証明（死胎検案書）など）を提出してください。

医師・助産師証明欄

出産年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産・混在 (妊娠 満 週 日)
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。　※出産後2～3時間での死産の場合はその旨記入

医療施設の名称・所在地

令和 年 月 日　医師・助産師名　㊞

受領方法

□ 本申請書に基づく給付金は、社内便にて受け取り、受領書を返送します。（※1万円未満）

□ 本申請書に基づく給付金は、被保険者名義の下記金融機関口座に振込み願います。（※1万円以上）

銀行・信用金庫 農協	本店・支店 出張所	普通・当座	口座番号		

年 月 日　被保険者氏名・印　㊞

※健保組合記入欄

決議	支給支出決定年月日	(内払・差額)支給決定金額	支給方法	常務理事	事務長	担当者
	令和 年 月 日		現金 振込			
	出産年月日	出産育児一時金	医療機関等代理受取額	備考		
	令和 年 月 日	円	円			

【必須添付書類】　*直接支払制度を利用される方

◎ 合意書（写）・・・直接支払制度の利用の有無の確認のため

◎ **産院・病院発行の領収書(写)、明細書（写）**・・・『産科医療補償制度』加入医療機関のスタンプがないものについては***48万8千円***を支給