

支 給 決 定 決 議 書					
受 付 年 月 日		年 月 日		常務理事	
伺 年 月 日		年 月 日			
決 裁 年 月 日		年 月 日			
支 給 決 定 額		円			
支 給 内 訳	出 産 育 児 一 時 金	円	資 格 取 得 日	年 月 日	
	出 産 育 児 一 時 金 付 加 金	円	資 格 喪 失 日	年 月 日	

健康保険被保険者被扶養者 出産育児一時金（付加金）支給申請書

被保険者記入欄	記 号 ・ 番 号	.		被 保 険 者 日 生 年 月	昭和 年 月 日 平成	
	被 保 険 者 氏 名	(フリガナ)			備 考 欄	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、本備考欄へ記入してください。(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(マイナンバーカードの写等)が必要です。)
	被 保 険 者 住 所 番 号	〒 - TEL				
	事 業 所 名 称			事 業 所 所 在 地	〒 -	
	振 込 希 望 先 金 融 機 関 の	名 称	銀行		支 店	預 金 別 普通
		口 座 番 号	口座名義人 (カタカナ)			
	出 産 し た 方	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者	被 扶 養 者 の 氏 名		被 扶 養 者 の 生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成
	出 産 (分 娩) 年 月 日	令和 年 月 日	生 産 児 数 人	死 産 児 数 人	「死産」の場合 妊娠経過期間 満 週	
	出 生 児 の 氏 名				被 保 険 者 と 出 生 児 と の 続 柄	
	出 産 し た 医 療 機 関 等 の	名 称		所在地		
・当健保組合の資格喪失後6ヶ月以内に出産したことによる元被保険者の請求の場合は、現在の健康保険について、 ・当健保組合に加入してから6ヶ月以内に被扶養者が出産したことによる請求の場合は、以前の健康保険について、			記号・番号・保険者の名称を記入してください。		記号	番号
			保険者の名称			

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 し た 者 の 氏 名			出 産 (分 娩) 年 月 日	令和 年 月 日	
	出 生 児 の 数	☐ 単胎 ☐ 多胎 → (児)	生 産 ・ 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
	医療施設等の所在地					
	医療施設等の名称					
	医師・助産師の氏名					TEL
	市区町村長による証明の場合 (生産のみ)					
	本 籍			筆 頭 者 氏 名		
	出 生 届 出 日	令和 年 月 日	出 生 児 の 氏 名		出 産 (分 娩) 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	

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--

添付書類

直接支払制度を利用する場合（差額および付加金の申請）：

- ・ 領収書のコピー
- ・ 直接支払制度を利用したことを示す書類のコピー
- ・ 出生児が被扶養者認定を受けない場合は母子手帳の表紙のコピー

直接支払制度または受取代理制度を利用しない場合：

- ・ 領収書のコピー
- ・ 産科医療保障制度のスタンプが押印されている書類のコピー
産科医療保障制度に加入していない医療機関の場合は、加入していないことを示す書類のコピー
- ・ 直接支払制度、受取代理制度を利用しないことを示す書類のコピー
- ・ 医師・助産師または市区町村長の証明等を、諸事情により受けられない場合は、母子手帳の表紙および出生届を受理したことを市区町村が証明するページのコピー

注意事項

- ・ 時効：出産日の翌日から起算して2年以内
- ・ 出生児が当健保組合へ被扶養者認定済でしたら、医師・助産師又は、市区町村の証明等を貰う必要はありませんが、被扶養者でない場合には、医師・助産師又は、市区町村の証明等を受けてください。