

届出種別
給 7

健康保険 被保険者 出産育児一時金支給申請書
家 族

【添付書類】・医療機関等が交付するこの出産に係る出産費用明細書（領収書）の写し
・直接支払制度を利用していない旨が記載されている合意文書の写し

① 被保険者等の記号・番号 (資格確認書等又は保険証を参照) 123 456789	② 被保険者(申請者)の氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保太郎	③ 生 年 月 日 昭和60年〇月〇日
④ 被保険者(申請者)の 現 住 所 〒234-〇〇〇〇 東京都△△区△△3-〇-〇	☎ 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
勤務している またはしていた 事業所の ⑤ 名 称 △△株式会社	⑥ 所在地 東京都△△区△△1-〇-〇	
被扶養者が出産 したための申請である ときにはその方の ⑦ 氏 名 健保花子	⑧ 生年月日 昭和61年〇月〇日	
⑨ 出産した年月日 令和〇年〇月〇日	⑩ 生産または 死産の別 ※1 生産 (妊娠ヵ月または第 週)	
出 産 した 医療機関等の ⑪ 名 称 △△産婦人科医院	⑫ 所在地 東京都△△区△△5-〇-〇	
⑬ 出産育児一時金を他健保や国保に申請等 をしていますか していない		
⑭ 出産育児一時金を他健保や国保に申請 をしている場合、その申請先を記入してください		

(ア) 出産した 年 月 日 令和〇年〇月〇日	(イ) 生産または 死産の別 ※1 生産 (妊娠ヵ月週)	
(ウ) 出生児の数 単胎	備 考	
(エ) 上記のとおり相違ないことを証明する。 ※2 令和〇年〇月〇日 医療施設等の名称・所在地 〒234-〇〇〇〇 △△産婦人科医院 東京都△△区△△5-〇-〇 医師・助産師名 組合次郎 電話 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
(オ) 本 籍	(カ) 筆頭者氏名	
(キ) 出生届出日 令和〇年〇月〇日	(ク) 出生児氏名	(ケ) 出生年月日 令和〇年〇月〇日
(コ) 上記のとおり相違ないことを証明する。 ※2 令和〇年〇月〇日 区市町村長名 △長 組合次郎 印 電話 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇		

※在籍者(お勤めの方)は、必ずこの欄へ記入してください。

⑮ ※3 (事業所名) 本申請に基づく給付金に関する受領を △△株式会社 に委任します。 安田日本興亜健康保険組合 御中 令和〇年〇月〇日 被 保 険 者 住 所 東京都△△区△△3-〇-〇 (申請者) 氏 名 健保太郎

※在籍者(お勤めの方)以外の方は、必ずこの欄へ記入してください。

⑯ ※4 振込金融機関の欄	銀行コード	
	支店コード	
	(フリガナ)	
口座番号	口座名義	

※被保険者等の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合(任意)は、備考欄へマイナンバーを記入してください。
※被保険者等の記号・番号を記入した場合は、マイナンバーの記入(備考欄)は不要です。
※マイナンバーで申請する場合、当組合へ「個人番号確認」、「本人確認(運転免許証の写し等)」の書類を添付してください。

備考欄:

安田日本興亜健康保険組合

受付日付印

(支給額)

1. 産科医療補償制度加入の分娩機関で出産した場合
 - (1) 令和5年4月1日以降の出産…50万円
 - (2) 令和5年3月31日までの出産…42万円
2. 産科医療補償制度未加入の分娩機関で出産した場合（海外での出産など）
 - (1) 令和5年4月1日以降の出産…48.8万円
 - (2) 令和5年3月31日までの出産…40.8万円

(添付書類)

次の書類を申請書と併せてご提出してください。

1. 分娩機関等が補償制度加入していること分かる印字やスタンプ等により明記された書類の写し
2. 直接支払制度を“利用しない”旨の合意書の写し
※合意書は分娩機関等より入手可能です。

(注意事項)

- ※1. 「死産」に○を付けた場合は、妊娠何ヶ月で死産であるかを、カッコ内に記入して下さい。
- ※2. [医師]・[助産師]、[市区町村長]の欄は、どちらか一方で証明を受けて下さい。また、証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。
- ※3. 保険者(在籍中)の資格がある場合に記入して下さい。この場合※4の欄の記入は不要です。
- ※4. 資格喪失後の申請の場合に記入して下さい。この場合※3の欄の記入は不要です。また、任意継続被保険者の方は、任意継続被保険者資格取得確認通知書の給付金振込先に振込ますので、※3、※4、の記入は不要です。

◎訂正したところは、二重線を引き、サイン（訂正印可）をして下さい。

◎在籍者（お勤めの方）は、必ず委任状の欄へ記入して下さい。

◎在籍者（お勤めの方）以外の方は、必ず振込金融機関の欄へ記入して下さい。