# 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

**被保険者が記入するところ**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① 被保険者等記号・番号 | 記号<br>番号 | ② 事業所の名称 | |
| フリガナ<br>③ 被保険者の氏名 | | ④ 被保険者の生年月日 | 昭和<br>平成　年　月　日 |
| ⑤ 分娩年月日 | 令和　年　月　日 | ⑦ 分娩した場所 | 医療施設等の名称 |
| ⑥ 死亡のときはその旨 | | | 医療施設等の所在地 |
| ⑧ 配偶者の分娩であるときは、その氏名、生年月日 | | 昭和<br>平成　年　月　日 | |
| ⑨ 出生児の氏名 | | ⑩ 続柄 | | ⑪ 出生児が被扶養者かどうか | 被扶養者で　ある　ない |
| ⑫ 被保険者請求の場合<br>資格喪失後、被扶養者となったときは、現在加入の | 被保険者証 | 夫の氏名 | |
| | | 保険者名 | |
| | | 記号・番号 | ・ |
| ⑬ 家族請求の場合<br>以前に被保険者であったとき、その当時の | 被保険者証 | 保険者名 | |
| | | 記号・番号 | ・ |
| 記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 | | ☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑） | |
| ⑭ 備考欄 | | | |
| ⑮ 上記のとおり申請します。<br>令和　年　月　日　被保険者の（申請者）　〒　住所　氏名 | | | |

**医師、助産師又は市区町村長が証明する欄**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ⑯ 出産者氏名 | | ⑰ 分娩年月日 | 令和　年　月　日 |
| ⑱ 生産・死産の別 | 生産・死産（妊娠第　月又は第　週） | ⑲ 出生児の数 | 単胎・多胎（　児） |

上記のとおり相違ないことを証する。

令和　年　月　日

医療施設の名称、所在地

医師、助産師名

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 母の氏名 | | 出生児氏名 | | 出生年月日 | 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　㊞

**支払金融機関の欄**

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄を記入。）

㊟ 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

⑳

| | | | |
|---|---|---|---|
| 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農協 | 本店<br>支店<br>本所<br>支所 | 普通 No. | |
| | | 当座 No. | |
| | | フリガナ | |
| | | 口座名義人 | |

**受取代理人の欄**

㉑ 本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

令和　年　月　日

被保険者（申請者）の　住所　〒

氏名

代理人の　住所　〒

氏名

令和　年　月　日提出

受付日付印

広島東友2024/12/1

（記入上の注意）

## Ⅰ　被保険者への注意事項

1　⑦欄の分娩した場所は、分娩した病院、診療所又は助産所などの医療施設名を記入してください。

なお、自宅分娩の場合はその旨を記入してください。

2　⑧欄は、被保険者（本人）の分娩費の請求であるときは、斜線で抹消してください。

3　⑨欄には、出生児が複数のときは、それぞれの氏名を記入してください。

4　⑫⑬欄には、他の医療保険制度から被保険者出産育児一時金、家族出産育児一時金を受けることができる場合に記入してください。

被保険者期間が1年以上で、退職後6ヶ月以内にお産をされた方となります。

5　⑭欄には、被保険者の資格を喪失した後の分娩であるときは、資格喪失年月日を、生産であったが間もなく死亡したときは「出生児は、〇〇時間生存した後死亡」などのことを記入してください。

6　医師又は助産師の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名、住所等を記載したもの）を添付してください。

### ※　添付書類

医療機関等の作成する、「直接支払制度を利用しない旨を記載した合意文書」及び「出産に要した費用の内訳を記した領収・明細書」。（産科医療補償制度の対象分娩の場合は、「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言の印字又はスタンプ等で明記された領収・明細書）

## Ⅱ　医師、助産師への注意事項

⑱欄は、該当する文字を〇で囲み、死産の場合は、妊娠第〇月又は第〇週であったかを記入してください。