

## 記入、提出の際の注意事項

- ⑭～⑰欄の「医師または助産師が証明するところ」または⑱～㉓欄の「市区町村長が証明するところ」については、いずれか一方で証明を受けてください。
- 直接支払制度を利用された場合は、この申請書の提出は必要ありません。
- 直接支払制度を利用された場合であって、出産費用が法定給付額未満であったためその差額等を請求するとき、または出産育児付加金(本人・家族)のみを請求される場合は別の専用申請書(「出産育児一時金等内払金(差額)支払依頼書兼出産育児一時金等付加金支給申請書」)を使用してください。

### 被保険者が記入するところ

- 標題は、被保険者が出産をしたときは「被保険者」を被扶養者が出産をしたときは「家族」を○で囲んでください。同一の出産につき「出産育児一時金」と「家族出産育児一時金」の双方を受けることができませんので、ご注意ください。
- ⑤⑥欄、被扶養者が出産をされた場合のみ記入してください。
- ⑩欄、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。
- ⑫欄、他の医療保険制度に加入していた場合、または現在新たな保険に加入している場合、その旨記入してください。同一出産の重複受給防止のための保険者間の確認に必要です。
- 医師また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。
- 訂正したときは、⑬欄の被保険者氏名と同じ印を訂正した箇所に押印してください。

### 医師または助産師が証明をするところ

- ⑭欄、出産をした年月日を記入してください。
- ⑮欄、該当する文字を○で囲み、多胎の場合は、胎児数を記入してください。
- ⑯欄、該当する文字を○で囲み、死産の場合は妊娠第何週目または第何月目であったかを記入してください。
- 訂正したときは、⑰欄の医師・助産師氏名印と同じ印を訂正した箇所に押印してください。

### 市区町村長が証明をするところ

- 出生の事実について、出生届提出先または本籍地の市区町村長の証明を受けてください。

## 添付書類について

医療機関等が発行する次の書類を添付してください。

- 出産育児一時金の「直接支払制度を利用しない旨の合意文書」の写し
- 出産費用の内訳が記された「領収・明細書」の写し(※産科医療補償制度の対象分娩の場合、所定のスタンプが押印されていることが必要)

健康保険 被保険者 出産育児一時金・出産育児付加金支給申請書  
 家 族

◎記入するときは、うらの「注意事項」をご覧ください

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証 記号・番号		②事業所名			
	③被保険者氏名		④被保険者の 生年月日	昭和 平成 年 月 日		
	⑤被扶養者の出産である ときは被扶養者の氏名		⑥被扶養者の 生年月日	昭和 平成 年 月 日		
	⑦出 産 日	平成 年 月 日	⑧ 生産児数	人	⑨ 死産児数	人
	⑩ 出産児の氏名		⑪ 出産児はあなたの 被扶養者ですか	は い ・ いいえ		
⑫次に該当する方は右欄をご記入ください。 ・被扶養者が扶養認定後6か月以内に出産した場合は、「被扶養者が以前加入していた健康保険」について ・被保険者が資格喪失後に出産した場合は、「現在加入の健康保険」について * 保険者名について 全国健康保険協会の場合は支部名を 国民健康保険の場合は市町村名を 記入してください。		被保険者証の 記号： _____ 番号： _____ フリガナ 被保険者氏名： _____ 保険者名： _____ 全国健康保険協会 支部・健康保険組合・共済組合・国民健康保険 電話：( _____ ) _____ - _____				
上記のとおり申請します。 ⑫に該当する場合、上記の他の保険者には申請しません。また、そのことについて 当該保険者に対し当組合が確認することに同意します。 平成 年 月 日 ⑬被保険者 住所 〒 _____ _____ 氏名 _____ ⑭ 電話 ( _____ ) _____ - _____						
医 師 ま た は 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ	⑭ 出産年月日	平成 年 月 日	⑮ 出生児の数	単胎・多胎 ( _____ 児)		
	⑯ 生産・死産の別	生 産 ・ 死 産 (死産の場合 妊娠第 _____ 週又は第 _____ カ月)				
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 ⑰医療施設の名称・所在地 _____ _____ 医師・助産師氏名 _____ ⑱					
市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	⑲ 本 籍		⑲ 筆頭者氏名			
	⑳ 出生届の提出年月日	平成 年 月 日	㉑ 出生児氏名	㉒ 出生年月日		
	㉓ 上記のとおり相違ありません。		平成 年 月 日 市区町村長氏名 _____ ㉔			

※上記の「医師または助産師が証明するところ」または「市区町村長が証明するところ」については、いずれか一方で証明を受けてください。

委 任 状

上記保険給付金の受領を所属事業所担当者 \_\_\_\_\_ ㉕に委任します。

平成 年 月 日

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ ㉖