健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金申請書

注1）記入漏れや不備があった場合は支給決定いたしませんのでご注意ください
注2）記入内容を訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と記入者または証明者のサインをご記入ください

令和　　年　　月　　日申請

被保険者欄	被保険者等	記号		番号		被保険者氏名	
	事業所名					生年月日	令和　年　月　日
						TEL	
	被保険者の住所	〒　-					
	被扶養者が分娩した場合	氏名				生年月日	令和　年　月　日
	出生児の氏名	氏名		続柄		出産年月日	令和　年　月　日
	備考欄						
※医師・助産師または市区町村長の証明欄	出産年月日	令和　年　月　日		出生時の数		□単胎　□多胎（　児）	
	生産または死産の別	□生産　□死産（満　週　日）		備考			
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和　年　月　日 住所（所在地） 医療機関名 医師・助産師名						
*支払機関	*退職された方のみご記入ください。（被保険者本人名義に限ります。）						
	銀行コード		支店コード			口座番号	
	□銀行　□農協　□本店　□普通 □信金　□信組　□支店　□当座					フリガナ 名義人	

受取代理人欄

被保険者欄

本請求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（請求者）　氏名　　住所　〒　－

事業所欄

代理人　氏名　　委任者と代理人との関係

住所　〒　－　　電話番号

【添付資料】

1直接払いを利用しなかった場合は、次の2点を添付してください。

① 医療機関等(病院、診療所、助産所)発行の合意文書(写)
②医療機関等発行の領収・明細書(写)（産科医療保障制度」に加入している証明印があるもの)

2直接払いを利用した出産費用が一時金より少なかった場合は、次の2点を添付してください。

①医療機関等(病院、診療所、助産所)発行の合意文書(写)
② 出産費用の内訳が記載された『医療機関等発行の領収・明細書(写)(「産科医療保障制度」に加入証明印があるもの)

健保受付日付印

【海外で出産された場合】

1「※医師・助産師または市区町村長の証明欄」や証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。
翻訳の費用は自己負担。翻訳文には、翻訳者が署名し住所および電話番号を明記してください。
2添付資料は不要です。

内田洋行健康保険組合　　令和6年12月改定