

被 保 険 者 出 産 育 児 一 時 金 ・ 出 産 育 児 一 時 金 付 加 金 請 求 書
 家 族

記入の方法は、裏面に記載されていますので、よくお読みになり必要事項を黒のボールペンで記入ください。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|------------------|----|--------------------|----|----------|----------------------|--------------|-------|--------|--|------|--|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | ①被保険者証の記号・番号 | | | | ②被 保 険 者 (請 求 者) | | | | | | | | | |
| | | | | | 氏 名 | | | | | | | | | |
| | | | | | 生 年 月 日 | | | | 昭和・平成 年 月 日生 | | | | | |
| | ③ 被保険者 (請 求 者) 住 所 | | 〒 _____ 電話 _____ | | | | | | | | | | | |
| | ④ 事業所名 所在地 | | 〒 _____ 電話 _____ | | | | | | | | | | | |
| | ⑤ 被保険者の家族が出産の場合、その方の | | | 氏名 | | 続柄 | | 生 年 月 日 | | 年 月 日 | | | | |
| | | | | | | | | 認 定 年 月 日 | | 年 月 日 | | | | |
| | ⑥ 出産した年月日 | | 令和 年 月 日 | | 生産児数 児 | | 死産児数 児 | | 死産のときはその旨 | | 妊娠経過期間 | | カ月 週 | |
| | ⑦ 病 (産) 院名 | | | | 所在地 | | | | | | | | | |
| | ⑧ 出生児の氏名 | | フリガナ | | | | 被保険者との続柄 | | | | | | | |
| | ⑨ 出産した方 ●被保険者 ⇒ 当組合資格喪失後6ヶ月以内の出産ですか。 | | | | | | | | 1. はい 2. いいえ | | | | | |
| ●家 族 ⇒ 当組合加入後6ヶ月以内の出産ですか。 | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑩ ⑨が「はい」の場合、下記保険者の「名称」、「電話番号」および「記号番号」をご記入ください。 | | | | | | | | 保険者名 | | | | | | |
| ●被保険者 ⇒ 現在加入している保険者について | | | | | | | | 電話 _____ | | | | | | |
| ●家 族 ⇒ 当組合加入前に加入していた保険者について | | | | | | | | 記号 _____ 番号 _____ | | | | | | |
| ⑪ 同一の出産について、⑩の保険者より出産育児一時金を | | | | | | | | 1. 受けた/受ける予定 2. 受けない | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|------------------------|----------|-----------------|-------------|-------------------|-------|---------------------------|----------|------|--|
| ⑫ 医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ | 出 産 し た 年 月 日 | | 令和 年 月 日 | | 生産または死産の別産科医療補償制度 | | 生産・死産 (妊 娠 加 入 ・ 未 加 入) | | カ月 週 | |
| | 出生児の数 | | 単 胎 ・ 多 胎 (児) | | | | | | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明する。 | | | | | | | | | |
| | 医療施設の名称・所在地 〒 _____ | | | | | | | | | |
| | 医師・助産師名 _____ 電話 _____ | | | | | | | | | |
| | 本 籍 _____ | | | | 筆頭者氏名 _____ | | | | | |
| 出生届出日 | | 令和 年 月 日 | | 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。 | | | | | | | | | | |
| 市区町村長名 _____ 電話 _____ | | | | | | | | | | |

| | |
|-----|--|
| 備 考 | |
|-----|--|

※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、備考欄へ記載してください。(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が必要です。)

| | | | | |
|--|-------------------------------|---------|----------|--|
| 委 任 状 | ⑬ 本請求に基づく給付金に関する受領を次の方に委任します。 | | 令和 年 月 日 | |
| | 被 保 険 者 (請 求 者) | 住所 | | |
| | | フリガナ 氏名 | | |
| | 委任された方 (事 業 主) | 住所 | | |
| | フリガナ 氏名 | | | |
| <p>給付金の振込先銀行 在職中の給付金は、事業主の登録口座に振込みますので、事業主に受領委任してください。なお、退職 (資格喪失) 後、被保険者 (請求者) 送金を希望される場合は、別途「健康保険給付金個人振込銀行登録届」の提出が必要になりますので、当組合までご連絡ください。</p> | | | | |

受付日付印

【記入上の注意】

1. ⑩に該当する場合は、必ず保険者名、記号番号、保険者の連絡先（電話番号）をご記入ください。なお、保険者名とは健康保険組合、協会けんぽ、共済組合、国民健康保険等の名称を指します。
2. 出産（出生）の証明は、医師・助産師または市区町村長、どちらか一方で受けてください。
3. 在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、事業主に受領委任してください。
4. 保険給付を受ける権利の消滅時効は2年です。出産日の翌日から2年以内にご提出ください。
5. 記入事項の訂正をしたときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
6. 「産科医療補償制度」加入の医療機関等で出産した場合は、制度対象分娩を証明する印が押印された領収書等のコピーを添付してください。

【女子被保険者が退職後、受給権があるときの注意事項】

1. 退職（資格喪失）後、出産したときは、出産育児一時金付加金は、支給されません。
2. 退職（資格喪失）後、出産したときは、「母子手帳（市区町村証明欄）の（写）を必ず添付」してください。
3. 退職（資格喪失）後、被保険者（請求者）送金を希望される場合は、別途「健康保険給付金個人振込銀行登録届」をご提出ください。