記入例

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（申請者）が記入するところ

①被保険者（であった方）の記号・番号			②被保険者（申請者）の氏名			
100 ー 1			健保　一郎			
③ 被保険者（申請者）の住所・電話番号	〒 451-0000 愛知県名古屋市西区〇〇1-1-1　△△マンション***号室			電話	052-1234-2533	
④ 事業所の名称	トーテックアメニティ株式会社					
⑤ 出産した日	令和2年6月2日	⑥ 生産・死産の別	生産・死産（妊娠　週）①			
⑦ 家族(被扶養者)が出産したための請求である時は、その者の	氏名	健保　花子	生年月日	平成2年6月25日	続柄	妻
⑧ 出生児が被扶養者であるか	ある・ない					
⑨ 出生児が被保険者の被扶養者でない時は、その理由	1.夫の被扶養者になる　2その他（　）					
⑩被保険者の出産の場合該当の支給条件	1.被保険者期間中の出産 2.資格喪失後６カ月以内の出産	※2.の場合は出産日現在加入している医療保険制度を下欄⑫に記入してください。				
⑪家族(被扶養者)の出産の場合、当健康保険組合への加入から６カ月以内の出産であるか	1. な い　2. ある 2.の場合は以前加入していた医療保険制度を下欄⑫に記入してください。					

② ⑫ 保険者の名称	加入時の氏名	保険証記号・番号
〇〇　健康保険組合・協会けんぽ・国保	名古屋　花子	あいう　12345

資格喪失後６カ月以内に出産した被保険者が請求する場合のみ記入してください。

振込希望の銀行名	本・支店名	口座種別	口座番号	口座名義人
③ 銀行・金庫・信組	店・本店・支店・出張所	1.普通 2.当座		フリガナ

委任状

請求金額の受領を下記の者に委任します。

令和2年7月1日

委任された者の　④　被保険者氏名

事業所所在地

事業所名称

代表者氏名

※右記のいずれかの証明が必要です

医師・助産師による証明

出産者氏名	健保花子	出産年月日	令和2年6月2日
出生児の数	単胎　多胎（　児）	生産・死産の別	生産・死産（妊娠　週）

上記のとおり相違ないことを証明する。　令和2年6月10日

医療施設の所在地 〇〇病院

医療施設の名称 愛知県名古屋市

医師・助産師氏名 山田太郎

市区町村長による証明

本籍	⑤	筆頭者氏名			
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　㊞

備考欄	

【添付書類】

・医療機関等から交付された直接支払制度を利用しない合意文書の写し、または「直接支払制度を利用していない旨」が記載された領収・明細書の写し

・医療機関等から交付された出産費用についての領収・明細書の写し（産科医療補償制度対象分娩については「産科医療補償制度加入機関」スタンプが押された領収・明細書の写し

【記入方法】

①死産のときは、妊娠何週目の死産か記入してください。

②被保険者が資格喪失後６か月以内に出産した場合、又は被扶養者が出産日以前６か月以内に勤務経験がある場合に記入してください。

③被保険者が資格喪失後６か月以内に出産した場合は、振込希望の銀行口座を記入してください。

④被保険者が出産育児一時金・家族出産育児一時金請求時に在職中のときは、一時金は事業所振込になりますので、事業所名称・所在地・代表者氏名の記入及び代表者印の捺印をお願いいたします。

⑤病院又は市町村役場で証明をもらってください。