

健康保險 被家

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①	記号 7 1 2 3 番号 8 5 2	②	事業所 名 称 アオイ運送株式会社	
	③	被保険者の氏名 (申請者) フリガナ シズオカ ケント 静岡 健人		生年 月 日 昭和 平成 令和 61年 3月 21日	
	④	被保険者の住所 (申請者) 〒 421 - 1234 静岡県葵区清水町2-1-212		TEL 054 (111) 2222	
	⑤	フリガナ シズオカ ヤスコ 被扶養者が出席 したときの申請は その者の氏名 静岡 康子	生年 月 日 昭和 平成 令和 63年 12月 6日	被保険 者との 続柄 妻	
	⑥	出産年月日 令和 6年 5月 25日	出生 児数 1	人 	死産 児数 (妊娠 週)
	⑦	・被保険者が資格喪失(退職)後6か月以内に出産した場合は 現在加入している保険者名及び記号・番号 ・被扶養者が扶養認定後6か月以内に出産した場合は 以前加入していた保険者名及び記号・番号		保険者名 銀行 信用金庫 駿河 支店 農協 労働金庫 支所	記号・番号 静岡 健人
	⑧	振込希望口座 静岡 静岡葵	預金種別 普通 当座	口座番号 3 4 5 9 8 7	フリガナ シズオカ ケント 口座名義 静岡 健人

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ	出産者の氏名		出産年月日	令和 年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎（ 児）	生産又は死産の別	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 年 月 日 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名			
	母の氏名		筆頭者氏名	
	出生児の氏名		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				

被保険者が出産したための申請の場合は「被保険者」、被扶養者が出産した場合は「家族」に○をしてください。

医療機関等への直接支払制度を利用した場合、医療機関等へ利用受取額が振り込まれる前に一時金との差額について支払を希望される場合は「内払金支払依頼書」、振り込まれた後に支払を希望される場合は「差額申請書」に○をしてください。

被扶養者が出産したための申請の場合は、被扶養者の氏名、生年月日等を記入してください。
(被保険者が出産したための申請の場合は記入不要です。)

出産年月日を記入し出生児数を記入してください。

ご希望の振込口座について記入してください。

内払金支払依頼書として提出する場合のみ、医師・助産師による出産証明、または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明を受けてください。ただし、死産の場合は、医師・助産師に限って証明を受けてください。

なお、医療機関等から交付される領収・明細書に「出産年月日」及び「出生児数」が記載されている場合は、必要ありません。

【添付書類】

1. 医師・助産師または市区町村長の証明を受けられない場合は、出生が確認できる書類（戸籍謄本、抄本、出生届受理証明書、母子健康手帳、住民票など）を添付してください。
2. 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書のコピーを添付してください。
（領収・明細書には、医療機関等が支払機関へ提出する「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載及び「産科医療補償制度の対象分娩であることを証明する所定の印」が押印（該当する場合のみ）されています。）
3. 内払金支払依頼書として提出する場合、医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書のコピーを添付してください。
（代理契約に関する文書には、「代理契約を医療機関等と締結している旨」及び申請先となる「保険者名」が記載されています。）

※産科医療補償制度に加入する医療機関等の医学的管理下において、胎児週数22週に達した日以後に出産（死産を含む）した場合の出産育児一時金の額は50万円となります。それ以外の場合は、48.8万円になります。