

健康保険被保険者出産育児一時金支給申請書

請求上の
注 意

(4) (3) (2) (1)
医療機関等への直接支払制度と、受取代理制度を利用されない場合の申請書になります。

被保険者出産育児一時金は、女子被保険者が分娩した場合に一時的に給付されます。

退職後（資格喪失後）6か月以内の出産の場合は、⑥及び⑦欄をご記入ください。

被保険者出産育児一時金は、在胎月数が四ヶ月以上の分娩であれば、生・死産・流産を問わず給付されます。

① 被保険者等 記号・番号	記号	番号	② 事業所 名 称	
	記号番号が分からない場合はマイナナンバーを記入してください 			
③ 被保険者 氏 名	フリガナ		生年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
④ 被保険者の 住 所	〒 TEL ()			
⑤ 出産した年月日	令和 年 月 日		生産児数 人	死産児数 人 (妊娠第 週)
⑥ 資格喪失後の出産の場合は、現在加入 している保険者名及び記号・番号	保 険 者 名			
	記 号 ・ 番 号			
⑦ 同一の出産について、⑥の保険者より出産育児一時金を 該当するものに☑			☐ 受けた/受ける予定 ☐ 受けない	

証明欄（いずれかにご記入ください）	医師・助産師による 証明の場合	出産者氏名			出産年月日	令和 年 月 日
		出生児の数	☐ 単胎 ☐ 多胎→(児)		生産または 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				
	市区町村長による 証明の場合（生産のみ）	本籍				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 印						

令和 年 月 日提出

受領委任の欄	本請求に基づく給付金の受領を	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	氏 名	に委任します。
	令和 年 月 日	
被保険者の氏名		

(払渡希望銀行)

受付日付印

※添付書類については、裏面に掲載してあります。必ずご覧ください。

《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直接支払制度に係る代理契約に関する合意文書の写し（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ない旨」及び申請先となる「保険者名」が記載されています。）
- ③ 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写し
（領収・明細書には、「直接支払制度を用いていない旨」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。）

※ 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した場合の法定給付の額は、50万円となります。それ以外の場合は48.8万円となります。