

健康保険

被保険者 [本人]  
被扶養者 [家族]

- 出産育児一時金・出産育児付加金 支給申請書
- 出産育児一時金・出産育児付加金 内払金支払依頼書
- 出産育児一時金・出産育児付加金 差額申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者の 生年月日	昭 和 平 成	年	月	日生	
	被保険者 (申請者)の 氏名と印	(フリガナ)		勤務先 (配属先) 事業所の 所在地	名 称				
	被保険者 (申請者) の住所	〒 - 都道府県		電話番号 ( - - )					
	被扶養者が出産 したための申請 であるときは、 その方の氏名	(フリガナ)		被扶養者の 生年月日	昭 和 平 成	年	月	日生	
	出産した年月日	平成・令和	年	月	日	出生児数	死産児数	死産のときは妊娠経過期間 妊娠 ヶ月 週	
	出生児の氏名	(フリガナ)		被保険者 と出生児 の続柄		出生児が被 保険者の被 扶養者であ るか	ある ・ ない		
	被保険者 [本人] が出産 した場合	ア. 今回の申請は、退職等により、日本年金機構健康保険組合の被保険者資格の喪失後6ヵ月以内に出産したことによる申請ですか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	イ. 上記アで「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者になっていますか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
	ウ. 上記イで「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入している健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください				保険者名				
					記号・番号				
被扶養者 [家族] が出産 した場合	エ. 今回の申請は、家族が被扶養者認定後、6ヵ月以内に出産したことによる申請ですか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
	オ. 上記エで「はい」と答えた場合、家族が被扶養者の認定を受けた要因は退職等により、健康保険の資格を喪失したことによるものですか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
	カ. 上記オで「はい」と答えた場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください				保険者名				
					記号・番号				

す 医 師 ・ 助 産 師 と こ ろ	出産者 氏 名	出 産 年月日	平成 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 (印)										
	本 籍							筆頭者氏名			
	母の氏名	出生児氏名			出生年月日			平成・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)											

振 込 希 望 口 座	金融機関	銀行・金庫・信組						本店 支店
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座 番号				口座名義	(フリガナ)

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書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 (申請者) 住所 氏名	(印)					
	代理人の 氏名と印	(印)	委任者と代理人と の関係				
代理人の 住所等	〒 -						

添付書類等については、裏面を参照してください。

日本年金機構健康保険組合

## 【添付書類等について】

### ■ 出産育児一時金支給申請書として提出する場合

#### 1. 医師・助産師または市区町村長が証明する欄について

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。

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。

※ 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（母子健康手帳(写)、謄(抄)本、戸籍記載事項証明書、登録原票記載事項証明、出生届受理証明書、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(写)

産科医療補償制度に加入している医療機関等で出産した場合は、制度対象分娩であることを証明する所定の印が押印されていることが必要です。

#### 3. 医療機関等から交付される直接支払制度合意文書（写）

合意文書には、「代理契約を医療機関等と締結している旨」の記載及び申請先となる「保険者名」が記載されています。

### ■ 出産育児一時金内払金支払依頼書として提出する場合

#### 1. 医師・助産師または市区町村長が証明する欄について

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。

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。

※ 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（母子健康手帳(写)、謄(抄)本、戸籍記載事項証明書、登録原票記載事項証明、出生届受理証明書、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（写）

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. 医療機関等から交付される直接支払制度合意文書（写）

合意文書には、「代理契約を医療機関等と締結している旨」の記載及び申請先となる「保険者名」が記載されています。

### ■ 出産育児一時金差額申請書として提出する場合

ご出産後、2～3ヶ月後に健保組合より被保険者様へ差額申請書をお送りいたしますので、お手元に届きましたらご記入いただき申請して下さい。なお、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は必要ありません。