

# 健康保険 被保険者家族 出産育児一時金・同付加金支給申請書

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(申請者)の氏名及び印 <small>(フリガナ)</small> ケシコウ ハナコ 健康 花子		③ 生 年 月 日 昭和 平成 53年 2月 23日生	
	④ 被保険者の現住所 〒 145-0000 大田区〇〇町1-2-3 ☎ 03-0000-0000		⑤ 名称 〇△企画(株)		⑥ 所在地 港区〇〇1-1-2	
	勤務している又はしていた事業所の名称		⑦ 氏名 該当せず		⑧ 生年月日 昭和 平成 該当せず 日生	
	家族が出産したため申請するときはその者の		⑨ 出産した年月日 平成 20年 5月 7日		⑩ 生産児数 1	
	⑪ 死産児数		⑫ 死産のときはその旨		⑬ 妊 娠 経過期間 該当せず	
	⑭ 出産した医療施設等の名称 〇〇産婦人科医院		⑮ 所在地 大田区××町4-3-3		⑯ 妊 娠 経過期間 カ月 週	
	⑰ 出生児の氏名 <small>(フリガナ)</small> ケシコウ イチロウ 健康 一郎		⑱ 被保険者との出生児との続柄 長男		⑲ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか ある ない	
	⑳ 出生児が被保険者の被扶養者でないときは、その理由 該当せず		㉑ 他の制度から給付を受けているかどうか 受けている 受けていない		㉒ 備考	
	㉓ 被保険者が出産した場合 該当する支給要件はどちらですか ア：被保険者期間中の出産 イ：資格喪失後6ヶ月以内の出産 イの場合 資格喪失後加入している医療保険制度を下欄に記入してください		㉔ 家族(被扶養者)が出生した場合		㉕ 家族があなたの被扶養者になった時期 ア：出産の日より6ヶ月以上前 イ：その他 イの場合 あなたの被扶養者となる前に加入していた医療保険制度を下欄に記入してください	
	㉖ 制度名及び保険者		㉗ ㉓の連絡先		㉘ 被保険者氏名	
㉙ 被保険者証の記号番号		㉚ 被保険者証の記号番号		㉛ 被保険者証の記号番号		

医師助産師または区市町村長が証明するところ	(ア) 出産者氏名		(イ) 出産年月日 平成 20年 5月 7日		
	(ウ) 出生児の数 単胎 多胎 ( 児)		(エ) 生産または死産の別 生産 死産 (妊 娠 カ月 週)		
	(オ) 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 20年 6月 20日 医療施設の名称・所在地 〒 170-0000 大田区××町 〇〇産婦人科医院 医師・助産師名 〇〇 △夫 電話 (0000局) 0000 番				
	(カ) 本 籍		(キ) 筆頭者氏名		
	(ク) 母の氏名		(ケ) 出生児氏名		(コ) 出生年月日 平成 年 月 日
(サ) 上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 区市町村長名 電話 ( 局) 番					

受取代理人の欄	(シ) 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 被 保 険 者 住 所 _____ (申 請 者) 氏 名 _____ 印		平成 年 月 日
	代 理 人 住 所 _____ (実際に給付金を受領する者) 氏 名 _____ 印		
	委任者と代理人との関係 _____		

振込金融機関の欄	(ス) 銀行名 _____ 口座番号 _____ 口座名義 (カタカナで記入) _____		預金種別 1. 普通 2. 当座	受付日付印
	_____ 支店			
	_____ 支店			
社会保険労務士 提出代行者の印		印		

◎記入の方法は裏面に書いてありますので、よくお読みください。

## (注意事項)

1. 標題の「被保険者」と「家族」の別及び㉑・㉒・(ウ)・(エ)の欄はそれぞれ該当する文字をマルで囲んでください。
2. ①の欄は「健康保険の被保険者証」を、⑤及び⑥の欄は、その当時の「賃金支払内訳票」等を見て記入してください。
3. 次の場合は、「該当せず」と記入してください。
  - ・⑦及び⑧の欄で、被保険者が出産したための申請である場合。
  - ・⑫の欄で、生産または早産の場合。
  - ・⑲の欄で、⑱の「ある」をマルで囲んだ場合。
4. 被保険者が自ら署名する場合には、被保険者の押印は不要です。
5. 被保険者以外の方の押印は、省略することができません。
6. 備考欄は、被保険者資格喪失後の出産であるときは、その資格喪失年月日を、また、生産であったがまもなく死亡したときは、「出生児は、〇〇時間生存して死亡」等と記入してください。
7. (エ)欄の「死産」にマルの場合は、妊娠何ヵ月目の死産であるかを、( )内に書き入れてもらってください。
8. 「医師・助産師または区市町村長が証明するところ」((オ)または(サ)の欄)は、どちらか一方の証明を受けてください。
9. 証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。
10. 被保険者以外の方が受取る場合には、(シ)の欄内に記入してください。また、委任者及び受取代理人の押印が必要です。(双方別印)
11. ㉑・㉒のそれぞれイに該当する場合は、㉓～㉖の欄に記入してください。

※「制度名及び保険者」の記入例

〇〇健康保険組合、全国健康保険協会〇〇支部、〇〇市国民健康保険、〇〇共済組合等