

記入例

健康保険 被保険者 家族

出産育児一時金支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	600-123	被保険者生年月日	昭和・平成・令和 55年4月1日	被保険者氏名	(フリガナ) セキユ タロウ 石油 太郎
	事業所名称	(株) 石油 健保	事業所所在地	名古屋市東区西桜3-2-1		
	被保険者の住所	(フリガナ) ナゴヤシヒガシクミナミサクラ 〒123-4567 名古屋市東区南桜1-2-3				
	被扶養者が出産したための請求であるときはその者の氏名	石油 花子	生年月日	昭和・平成・令和 60年10月1日		
	出産した年月日	令和 3年5月5日	生産児数	1人	死産児数	0人
	出産した医療機関等名称	名古屋石油医院	所在地	名古屋市中区正木三丁目2番70号		
	出生児の氏名	(フリガナ) セキユ サクラ 石油 桜	被保険者と出生児の続柄	長女		
	出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない	出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由			
	下記①と②に該当するときは、次のことについてご記入ください。					
	①出産した本人が資格喪失（退職）後、6ヶ月以内の出産で、その後家族の被扶養者になったとき			②出産した家族が認定されてから6ヶ月以内の出産で以前他の健康保険の被保険者であったとき		

※医療機関から交付される代理契約に関する文書（合意文書）の写しを添付してください。
※医療機関から交付される出産費用の領収・明細書（費用内訳書）の写しを添付してください。

医 師 ・ 助 産 師 ま た は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	出産した年月日	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 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名					
	本 籍 医師・助産師または市区町村長証明欄					
	出生届出日	平成・令和 年 月 日	出生者氏名		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)					

委 任 欄	本申請に基づく給付に関する受領を下記の者に委任します。 令和 3年5月20日
	被保険者の住所 名古屋市東区南桜1-2-3 住所氏名印 石油 太郎 氏名 石油 太郎
	委任された者の住所 名古屋市東区西桜3-2-1 住所氏名印 (株) 石油 健保 氏名 代表取締役 東海 太郎

令和 3年5月20日提出

健保受付日付印

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
被保険者証の記号番号を記載された場合は不要です。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	記号・番号を記載した場合、本欄への記載は不要です。
-----	---------------------------

【 注 意 】

※この用紙は、直接支払制度を利用されていない場合にお使ください。

※医療機関から交付される代理契約に関する文書（合意文書）の写しを添付してください。

※医療機関から交付される出産費用の領収・明細書（費用内訳書）の写しを添付してください。（産科医療補償制度の対象分娩の時は『産科医療補償制度の対象分娩です』と明記された領収書）

※この用紙には、医師・助産師または市区町村長の出生証明のどちらかの証明をもらってください。