

# 健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金（付加金）支給申請書

・添付書類  
①産科医療補償制度に加入の医療機関で出産したときは、補償制度に加入している「スタンプ印」が押印された「領収書」の写し②退院時に医療機関等から発行された「費用の内訳等を明らかにした明細書の写」

被保険者証の	記号		被保険者 (申請者) の氏名と印	(フリガナ)	生 年 月 日			
	番号			㊞	昭和 平成	年 月 日	生	
被保険者の住所 (申請者)	〒							電話 ( )
事業所の	名称			所在地				
出産した年月日	平成	年	月	日	死産のときは その旨	妊娠 経過期間	ヵ月 週	
入院して出産した時は その病院・産院の	名称							
	所在地							
被扶養者が出産したための 申請である時は、その者の	氏名			生年月日	昭和 平成	年 月 日	生	
出生児の氏名			被保険者と 出生児の続柄			出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか	ある・ない	
出生児が被保険者の被扶 養者でない時はその理由				備考				
当組合の資格喪失後、家族の被扶養者となった時は、 その被保険者証の 被扶養者が当組合又は他保険者の被保険者であった 場合には、その当時の被保険者証の				保険者名・記号 及び番号		保険者名	記号	
						電話 ( )	番号	

出産した年月日	平成	年	月	日	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠	ヵ月・週)
出生児の数	単胎・多胎 (児)			備考			
上記のとおり相違ないことを証明する。平成 年 月 日							
医療機関の名称・所在地 〒							
医師・助産師名				㊞ 電話 ( )			
本 籍				筆頭者氏名			
出生届出日	平成	年	月	日	出生児氏名	出生年月日	平成 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。平成 年 月 日							
市区町村長名				㊞ 電話 ( )			

振込希望銀行	銀行			支 店 出張所		金融機関番号		店舗番号	
	預金種別		口座番号(右づめで記入)		フリガナ				
	普通 総合	当座					口座名義人		

受取代理人の欄	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。平成 年 月 日	
	被保険者 住 所 (申請者) 氏 名	㊞
	代 理 人 の 住 所 氏 名	㊞
委任者と代理人との関係		

平成 年 月 日提出  
受付日付印