

健康保険 被保険者 出産育児一時金 請求書  
 家族 出産育児一時金付加金

◎ 付加金は、被保険者（被扶養者）資格期間中に出生した場合にのみ、支給対象となります。  
 ◎ 産科医療補償制度に加入している医療機関等で出生した場合（所定要件有、法定給付額に補償制度の掛金相当額（上限3万円）を加算して支給します。  
 ただし、この支給を受けるときは「産科医療補償制度加入医療機関等であることを証明するスタンプの押された出生費用支払時の領収・明細書の写し」の添付が必要です。

被保険者証の記号・番号	記号	番号	事業所	名称	
				所在地	
被保険者の (申請者)	氏名		生年月日		連絡先電話番号
	Ⓜ		昭和 平成 年 月 日		
	連絡先住所				出産費資金貸付制度
〒 -				1: 利用していない 2: 利用した	
被扶養者が出生したための請求のときはその者の	氏名		生年月日		被保険者との続柄
			昭和 平成 年 月 日		
出生年月日	平成 年 月 日	出生児の氏名		被保険者との続柄	
被保険者が出生した場合	該当する要件はどちらですか？ 1: 被保険者資格期間中の出産 2: 資格喪失後6か月以内の出産(※1) ※1 出生日に加入している医療保険制度の保険証の写を添付してください。			家族(被扶養者)が出生した場合	家族があなたの被扶養者になった時期は？ 1: 出産日から6か月以上前 2: // 6か月以内(※2) ※2 被扶養者になる前に加入していた医療保険制度名を下欄↓に記してください。
	※2 医療保険制度・保険者名		証の記号番号(わかる範囲で)		被保険者名
健康保険組合・共済組合・国民健康保険 全国健康保険協会 支部・他					
支払先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合			本店	預金種別
	支店	口座番号	口座名義人	支店	1: 普通 2: 当座 4: 貯蓄
〒 -		(金融機関に登録しているカナ(カタカナ・英字))			

証明するところ 医師・助産婦又は市区町村長が	出生した年月日	平成 年 月 日	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月 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。			
	証明者の名称	平成 年 月 日		
	所在地	Ⓜ 連絡先 TEL ( )		
	医師・助産婦名			
	本籍	筆頭者氏名		
出生年月日	平成 年 月 日	出生児氏名		
上記のとおり相違ないことを証明する。				出生届出日
市区町村長名		平成 年 月 日		
Ⓜ				

※「支払先口座名義人」を、被保険者以外の口座に指定する場合は、以下について記入・捺印してください。

受取代理人の欄	本請求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 日提出
	〒 - 平成 年 月 日			受付日付印
	被保険者住所(申請者) 氏名	Ⓜ		
	代理人の氏名と印	(フリガナ)	申請者との関係	
代理人の住所	〒 -			

【必要な添付書類】

- 国内で出生した場合は、①「出産費用の領収・明細書の写し」と②「医療機関と交わした合意文書(直接支払制度を利用しない旨)の写し」が必要です。