

被保険者または被扶養者が出産したときの費用の補助として支給されます。
(医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用しなかった場合)

【支給を受ける条件】

被保険者または家族(被扶養者)が、妊娠4か月(85日)以上で出産をしたこと。
※早産、死産、流産、人工妊娠中絶(経済的理由によるものも含む)も支給対象として含まれます。

【支給額】

1児: 50万円

多児の場合	人数×50万円 ※下記にあたる場合は48万8千円
産科医療補償制度に未加入の 医療機関等で出産した場合	48万8千円
妊娠週数: 22週未満で 出産した場合	

【被保険者資格喪失後に出産した場合】

被保険者の資格を喪失した場合でも、次の①・②ともに該当した場合は支給を受けることができます。

- ① 資格喪失日の前日(退職日等)までに被保険者期間が継続して1年以上(任意継続被保険者期間は除く)あること
- ② 資格喪失後6か月以内に出産したこと

※同じ出産に対して出産育児一時金の支給は1回のみです。

資格喪失後6か月以内の出産に対しても支給されるため、支給をうけることができる保険者が複数になる場合もありますが、重複して支給を受けることはできません。

【添付書類】 ※外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。(翻訳文は翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。)

必ず添付いただくもの

- ① 医療機関等から交付される直接支払制度を利用していないことを証明する書類のコピー
(領収・明細書に「直接支払制度を利用していない旨」が記載されている場合は、そのコピーを添付いただければ結構です)
- ② 産科医療補償制度の対象分娩である場合には、その旨を証する所定の押印のある領収・明細書のコピー

以下に当てはまる場合に添付いただくもの(いずれも原本が必要です)

申請書に医師・助産師または 市区町村長の証明を受けられない場合	出生が確認できる書類 (戸籍謄(抄)本、戸籍記載事項証明書、登録原票記載事項証明書、 出生届受理証明書、母子健康手帳(原本提示)、住民票 など)
	死産が確認できる書類 (死産証書(死胎検案書) など)

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（申請者）記入用

提出日 平成 30 年 4 月 15 日

被保険者 申請者 情報	被保険者証の (右づめ)	※保険証の上部に記載されています。		生年月日	年	月	日
		15	2369179	☒ 昭和	5	8	1106
				☐ 平成			
	氏名・印 (自署の場合は押印 省略できます)	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	所属	部署名（出向者は出向先の会社名） を記入してください。			
	住所	(〒 485 - 0831) 愛知県小牧市〇〇〇1-〇-〇 △△マンション〇〇〇号室					
	電話番号 (日中の連絡先)	自宅 0568 (× ×) × × × ×	携帯 090 (× × × ×) × × × ×				
	☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）						

振込先 指定口座	金融機関 名称	〇〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	〇〇〇〇	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	1234567	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) ケンホ° タロウ			口座名義 の区分

「2」の場合は必ず記入・押印ください。（押印省略不可）

受取 代理人 の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		平成 年 月 日
		氏名・印	住所	「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係	
		住所 (フリガナ) 氏名・印		

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。》》》

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です

・マイ

記入不要

要です

被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

健保 太郎

申請内容

1 出産した者

2

1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）

1 - ①

家族の場合はその方の

氏名

健保 花子

生年月日

☐ 昭和☐ 平成

5 9

年

1 2

月

1 5

日

2 出産した年月日

平成

3 0

年

0 3

月

0 3

日

3 生産または死産の別

1

1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

死産の場合、妊娠からの週数を記入してください

3 - ①

「生産」の場合出生人数

1

人

3 - ②

「死産」の場合死産児数

人

3 - ② - (1)

「死産」の場合妊娠経過期間

満

週

4 出産した医療機関等

名称

〇〇産婦人科

所在地

可児市〇〇 9 - 4 - 2

5 出産した方

●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。

●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。

1

1. はい 2. いいえ

5 - ①

「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。

●被保険者 → 現在加入している保険者について

●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について

保険者名

〇〇〇健康保険組合

記号・番号

9 7 3 - 6 5

5 - ① - (1)

同一の出産について、5 - ①の保険者より出産育児一時金を

2

1. 受けた／受ける予定 2. 受けない

証明欄（いずれかにご記入ください）

医師・助産師による
証明の場合

出産者氏名

出産年月日

平成

年

月

日

出生児の数

☐ 単胎☐ 多胎 → (

児)

生産または死産の別

☐ 生産☐ 死産 → (妊娠

週)

上記のとおり相違ないことを証明する。

医療施設の所在地

平成 年 月 日

医療施設の名称

病院または市区町村の証明を受けてください。

(死産の場合は市区町村では証明を受けることができません。)

証明を受けることができない場合は、「出生（死産）が確認できる書類」を添付してください。

上記のとおり相違ないことを証明する。

市区町村長名

平成

年

月

日