健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 出産育児付加金 支給申請書

（被保険者の注意事項）
・標題の「被保険者」・「家族」の文字は、いずれか該当する方をマルで囲んでください。
・**①は、被保険者等記号・番号は、「マイナポータル」資格情報のお知らせ」資格確認書(健康保険証)」のいずれかでご確認ください。**
・産科医療補償制度に加入している医療機関等で分べんしたときは、領収書（写し）を添付してください
・海外で出産をした場合は⑫から㉒の証明は不要です。

申請の際は、分べん費用の領収書（写し）と直接支払制度を利用しない旨、また、申請先の保険者が当組合となっている医療機関との合意文書を添付してください。

被保険者が記入するところ

① 被保険者等記号・番号	記号	番号	② 被保険者（申請者）氏名	フリガナ
③ 被保険者（申請者）住所	〒　－　　日中の連絡先　（　　）			
④ 事業所名称				
⑤ 被扶養者の出産であるときはその氏名及び生年月日	氏名		生年月日	昭・平　年　月　日
⑥ 出産した年月日	令和　年　月　日			
⑦ 出生児の数	人	⑧ 出産または死産の別	1. 出産　2. 死産　3. 出産・死産混在	
⑨ 出産した病産院の名称及び所在地	名称			
	所在地			
⑩ この出産に係る出産費資金の貸付を(一社)東京都総合組合保健施設振興協会長から受けているかどうか	1. 受けている 2. 受けていない			
⑪ 出産した方	○被保険者→退職後6か月以内の出産ですか ○家　族→当該健保に加入後6か月以内の出産ですか	1.はい　2.いいえ		
	「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 ○家　族→扶養認定前に加入していた保険者	保険者名 記号・番号		
	上記保険者より出産育児一時金を	1. 受けた / 受ける予定　2.受けない		

医師・助産師または区市町村長が証明するところ

⑫ 出産した年月日	令和　年　月　日	⑬ 生産または死産の別	生産・死産（死産の場合　妊娠　週）
⑭ 出生児の数	単胎・多胎（　児）	⑮ 産科医療補償制度	加入・未加入

⑯ うえのとおり相違ないことを証明する。　令和　年　月　日
〒　－
医療施設の所在地
名称
医師・助産師名　電話　（　）

⑰ 本籍		⑱ 筆頭者氏名	
⑲ 出生届出日	令和　年　月　日	⑳ 出生児氏名	㉑ 出生年月日　令和　年　月　日

㉒ うえのとおり相違ないことを証明する。　令和　年　月　日
区市町村長名　㊞　電話　（　）

㉓ 被保険者の口座に振込む場合

振込先	指定銀行	銀行・金庫・信組・農協 漁協・その他（　） 本店・支店・代理店 出張所・本所・支所 金融機関コード（　）　支店番号（　）
	口座の種類	普通・当座・その他（　）　口座番号（右詰めで記入）
	被保険者氏名（口座名義人）	フリガナ

㉔ 会社に委任する場合

委任状	右の者を代理人と定め、上記保険給付金の受領を委任します。	
	被保険者氏名	代理人については、届出済みの「給付金受領代理人・口座届」と同一のものを記入(署名)してください。） 代理人氏名

※備考	

受付