

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金申請書

資格取得	平成 令和	年	月	日	通番
資格喪失	平成 令和	年	月	日	

★注意
 直接支払制度を利用の場合
 → 出産育児一時金
 内払金支払依頼書・差額申請書
 直接支払制度を利用しない場合
 → 出産育児一時金申請書

記号	1	1	2	3	4	5	6	7	000	株式会社	00	支店	00	部	課														
被保険者氏名	大東 太郎								被保険者 生年月日	昭和 平成 40 年 1 月 23 日																			
被保険者住所	〒 123 - 4567 東京都00区△△1-2-3																												
被扶養者氏名 (被扶養者が出産した場合)	大東 花子								被扶養者 生年月日	昭和 平成 40 年 3 月 21 日																			
1 出生児の氏名	大東 夢子								出生年月日	令和 元 年 8 月 30 日		続柄	長女		出生児数	1 人		死産児数	0 人		妊娠経過期間	39 週							
	出生した医療機関等	名称	00クリニック								電話	123 (4567) 8910																	
	所在地	東京都00区△△3-2-1																											
2 出産された方について、以下の質問にご回答ください。																													
2 被保険者が 出産した場合	① 今回の申請は、退職等により、大東建託健康保険組合の被保険者資格喪失後、6ヶ月以内に出生したことによる申請ですか？															<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ										
	② 上記①で、「はい」と答えた場合、資格喪失後、家族の健康保険の被扶養者となっていますか？															<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ										
	③ 上記②で、「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入している健康保険の名称と記号・番号をご記入ください。															名称													
3 被扶養者が 出産した場合	① 今回の申請は、家族が被扶養者認定後、6ヶ月以内に出生したことによる申請ですか？															<input checked="" type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ										
	② 上記①で、「はい」と答えた場合、家族が被扶養者の認定を受けた理由は、退職等により健康保険の資格を喪失したことによるものですか？															<input checked="" type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ										
	③ 上記②で、「はい」と答えた場合、家族が被扶養者資格認定前に加入していた健康保険の名称と、当時の記号・番号をご記入ください。															名称	★★健康保険組合												
	記号・番号	123-45678																											
4 振込希望口座																													
金融機関コード	銀行コード	1	2	3	4	支店コード	1	2	3	フリガナ	ダイトウ タロウ																		
金融機関名称	00				銀行 信組	△△		本店 出張所	支店 その他		大東 太郎																		
種別	普通 当座		口座番号			1	2	3	4	5	6	7	口座名義人																

1 多児出産の場合は、出生児の指名をすべて記入してください。

2 被保険者の申請の場合には必ず回答してください。

3 家族の申請の場合には必ず回答してください。

4 希望振込口座を記入してください。
 ※給与振込口座と同じ口座を希望する場合も、記入してください
 口座名義が被保険者と異なる場合には、委任状の記入が必要です。

5 医師・助産師による出産証明、または市区町村による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明を受けてください。
 ※死産の場合は、医師・助産師の証明を受けてください。

※被保険者以外の口座を希望する場合は、委任状を記入してください。

《委任状》 本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。

令和 年 月 日 被保険者 住所 氏名
 代理人 住所 氏名

被保険者以外の口座に入金希望する場合のみ記入

5 医師または市区町村長証明欄

出産者氏名	出生年月日	令和 年 月 日	生産・死産(妊娠 週)	単胎・多胎(児)
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日				
医療機関所在地	医療機関名称			
医師・助産師氏名				
母の氏名	出生児氏名	出生年月日	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				

医師または市区町村の証明をもらってください

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。
 (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

受付印

健保-008 ⑩ 21.02

*添付書類について
 1.医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書のコピー
 ※「代理契約を医療機関等と締結していない旨」及び申請先となる「大東建託健康保険組合」の記載のあるもの
 2.出産費用の領収・明細書のコピー
 ※「直接支払制度を利用していない旨」の記載及び「産科医療補償制度の対象分娩であることを証する所定の印」が押印されているもの

<医師・助産師または市区町村の証明を受けられない場合>
 1.出生を確認できる書類
 戸籍簿(抄)本、戸籍事項記載証明書、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、住民票など