

健康保険被保険者(被扶養者)出産育児一時金付加金支給申請書

[直接支払制度利用しない場合または海外で出産した場合]

被保険者が記入するところ	被保険者等 記号番号	記号		コーポレートID		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
		番号								
	被保険者 氏名	フリガナ (自 署)								
	被保険者 住所	〒 電話 ()								
	事業所名									
	部署名	電話 ()								

申請内容	出産者	フリガナ	被保険者 との続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		
	出産した 年月日	年	月	日	生産 児数	人	死産 児数	人	死産の場合は 妊娠経過期間	満 () 週 日	
	出生児の氏名 ※1	フリガナ	被保険者と 出生時の続柄		出生者は被扶 養者であるか	はい ・ いいえ					
	出産した 医療機関名称		出産した 医療機関住所	〒	電話 ()						
	出産した医療機関の 産科医療補償制度加入の有無		あり ・ なし	海外で出産した場合はその旨							
	1. 被保険者が資格喪失後6ヶ月以内の出産で申請 (現在加入している保険者名・記号番号を記入)		保険者名※	電話 ()							
	2. 被扶養者が扶養認定後6ヶ月以内の出産で申請 (以前加入していた保険者名・記号番号を記入)		被保険者氏名 (世帯主名)								
※国民健康保険の場合は市区町村名、協会けんぽの場合は 都道府県支部、健保組合の場合は組合名を記入		記号番号									

証明欄(いずれか一方の証明を受けてください)

医師もしくは 助産婦が証明	出産者氏名		出産年月日	令和	年	月	日
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)	生産または死産	生産 ・ 死産 (妊娠第 月または満 週)			
	上記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 医療施設の名称 医師もしくは助産師の氏名 電 話						

市区町村長が証明	本籍		筆頭者氏名		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						印

振込先 情報	※振込先口座については以下の通りです。 ①在籍者は会社の給与振込口座へ ②任意継続者は給付金振込先口座へ ③退職者は支給時に確認			
	健保 記入 欄	支給額	法定給付	円
			付加給付	円
		合計	円	

令和 年 月 日提出
受付日付印

※1 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は記載不要

添付書類

直接支払制度を利用しない場合

- 医療施設との合意文書(写)※申請先の保険者が当健康保険組合である旨を記載したもの
- 分娩機関が発行する領収書(写)※産科医療補償制度加入医療施設においては証明するスタンプが押印されたもの
- 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は出生が確認できる書類(出生届受理証明書、母子手帳(写)など)を添付してください

海外で出産した場合

- 医療施設または公的機関等で発行された出産の事実を証明するもの(原本)※左記証明書の日本語訳:翻訳者の住所氏名記載
- 領収書(原本) ※左記証明書の日本語訳:翻訳者の住所氏名記載
- 渡航が確認できる資料の写し
- 同意書(原本) ※当健保の書式あり

シミックグループ健康保険組合