

記入見本

被保険者又は被扶養者であるご家族が、妊娠4ヵ月(85日)以上で出産した場合に「(家族)出産育児一時金」が支給されます。(死産の場合も支給されます)産科医療補償制度加入医療機関等における妊娠22週以降の出産に対しては420,000円、該当しない場合は404,000円が支給されます。

「健康保険出産育児一時金支給申請書」は、出産費用の支払に直接支払制度・受取代理制度を利用しない場合(利用予定の方が利用しなくなった場合も含む)、海外で出産した場合に、出産育児一時金を健康保険組合に申請する場合に使用します。

国内での出産の場合は、「健康保険出産育児一時金支給申請書」「医療機関等から交付される代理契約に関する文書のコピー」「出産費用の領収・明細書のコピー」、申請書に医師・助産師又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(母子健康手帳の出生届出済証明書、出生届受理証明書、戸籍抄本等のコピー)を提出してください。

海外での出産の場合は、「健康保険出産育児一時金支給申請書」「出生証明書(翻訳文添付)」「海外出産における確認書」を提出してください。

毎月20日締め、翌月給与又は月末以降事業所経由で支給されます。(退職後の請求は、当月末振込)

被保険者は、出産手当金の申請も別途行ってください。

出生児を被扶養者にする場合は、同時に「健康保険被扶養者(異動)届(被扶養者追加)」も提出してください。

健康保険		被保険者		出産育児一時金		死産の場合は、こちらにもご記入ください。(医師・助産師の証明も必ず提出してください)	
健康保険証の記号・番号	記号	1000	番号	7777777	名称	株式会社カネカ	
被扶養者が出産した場合	氏名	鐘化 康子		生年月日	昭和 4年 3月 3日	続柄	妻
出産した年月日	平成・令和 1年 5月 5日						
出生児数	1	人	死産児数		人	死産の場合 妊娠経過期間 被保険者と 被扶養者との 別	ヵ月 週
出生児の氏名	鐘化 健						長男
出産した医療機関等	名称	〇△病院		所在地	兵庫県神戸市...		
	所在地	兵庫県神戸市...					
被保険者資格喪失後6ヵ月以内の出産、又は被扶養者認定後6ヵ月以内の出産に対する申請の場合は、ご記入ください。 ※健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6ヵ月以内に産まれた場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。ことになっています。							
被保険者(申請者)が記入するところ	[被保険者]被保険者資格喪失後6ヵ月以内に出産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号			保険者名		記号	番号
	[家族]被扶養者認定後6ヵ月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号			保険者名		記号	番号
	退職後の請求の場合	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義(カタカナ)	
	支払金融機関			普通当座		(カタカナ)	
被保険者証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。 (マイナンバーを確認するための添付書類の提出が必要となります。)							
備考欄							
上記のとおり申請します。 令和 1年 5月 9日 カネカ健康保険組合理事長 殿							
				郵便番号	676-0000		署名又は記名・捺印してください。
				被保険者住所(申請者)の氏名	兵庫県高砂市・鐘化 健太郎		
				電話番号	079-000-0000		
[退職後の請求の場合は、ご記入いただきました支払金融機関に振り込みますので、委任状欄に提出日を記入の上、署名又は記名の上、必ず捺印してください。]							
委任状							
上記により支給される給付金の受領を事業主に委任します。 令和 1年 5月 9日 被保険者(申請者)の氏名 鐘化 健太郎							
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>) 事業主経由で提出する場合は、口にチェックが必要です。							

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ	出産者氏名			出産した年月日	平成・令和 年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎(児)		生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 ヵ月 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名				
	本籍			筆頭者氏名	
	母の氏名			出生届出日	平成・令和 年 月 日
	出生児氏名			医療機関等から交付される代理契約に関する文書のコピーは、直接支払制度を利用しておられないことの確認のため提出していただいています。 出産費用の領収・明細書のコピーは、産科医療補償制度加入医療機関等での出産確認のため提出していただいています。	

※医師・助産師又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を添付してください。(母子健康手帳の出生届出済証明書、出生届受理証明書、戸籍抄本等のコピー)

※医療機関等から交付される代理契約に関する文書のコピー及び出産費用の領収・明細書のコピーを添付してください。

※海外における出産の場合は、出生証明書のコピー、海外出産における確認書の提出が必要です。