

出産費用を全額支払った場合の申請書です。
直接支払制度を利用した場合は、この申請は必要ありません。
内払金が発生した場合も申請は必要ありません。

両面印刷

1

2

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

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者等 (右づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和			
	氏名 (フリガナ)					
	住所 (〒 -)	都 道 府 県				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	
	口座名義	▼カタカナ(姓と名)	口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

給与口座へ健康保険組合より振込のため、記入不要
マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合は健保組合へご連絡ください。

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。	令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	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)	(〒)	委任者と 代理人との 関係
	代理人 (口座名義人)	(フリガナ)	

記 入 不 要

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者等記号番号を記入せずにマイナポータルでの申請の場合のみ、記入ください。
マイナンバーを記載した場合は、簡易書留にて郵送ください。(社内便普通郵便不可)

記号番号入力欄

資格取得 S H R 年 月 日

認定 S H R 年 月 日

産科医療補償制度12,000円 有 無

法定給付額 _____円

付加給付 _____円

計 _____円

日本精機健康保険組合

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

申請内容	1 出産した者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族（被扶養者）	
	1 - ① 家族の場合はその方の	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	2 出産した年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産 <input type="checkbox"/> 3. 生産・死産混在	
	3 - ① 「生産」の場合出生人数	<input type="text"/> 人	3 - ② 「死産」の場合死産児数
4 出産した医療機関等	名称	所在地	
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。		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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		記号・番号
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	<input type="checkbox"/> 1. 受けた／受ける予定 <input type="checkbox"/> 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	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
		出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (<input type="text"/> 児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 <input type="text"/> 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名	
	市区町村長による証明の場合(生産のみ)	本籍	筆頭者氏名	
		母の氏名	出生児氏名	出生年月日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		市区町村長名	印

※ 国内出産の場合は、①医療機関と取り交わした直接支払制度利用確認書②領収証③明細書の3点コピーを添付ください。
※ 海外出産の場合は、①医師や自治体による出生証明書原本(内容は上表相当)②その邦訳(邦訳者住所署名入り)③海外出産にかかる調査同意書の3点を添付ください。