

(様式1)

被 保 険 者 出 産 育 児 一 時 金 支 給 申 請 書  
家 族

請 求 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の記号・番号		-		② 事業所名												
	被 保 険 者 の マイナンバー		<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>※被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です</p>														
	被保険者の (請求者) 氏名・印 住 所		③ (フリガナ) 氏 名		④ 住 所 〒                      - 電話番号 (                      )                      -												
	⑤被扶養者が出産のときその氏名・生年月日		氏 名		生年月日		昭和                      年                      月                      日 平成										
	⑥出産した年月日		平成                      年                      月                      日		⑦生産児数 人		⑧他の制度から出産育児一時金を受けたかどうか										
	⑨出生児の氏名		(フリガナ)		⑧ 死産児数 人 (妊娠第                      週又は第                      月)		ア 受けた イ 受けていない(不支給証明書を添付) ウ 請求中										
	⑩被扶養者の認定を受けた日から6ヵ月以内に出産の場合は、以前加入していた被保険者証の記号・番号及び保険者名				(記号)		(番号)										
	⑪資格喪失後の出産の場合は、新たに加入した被保険者証の記号・番号及び保険者名				(全国健康保険協会支部名・健康保険組合名)												
	⑬ 給付金の受領方法		振込希望金融機関 被保険者(請求者)又は下記の委任代理人の口座に 限ります		*通帳をお確かめのうえ記入してください 銀 行                      普通                      当座 金 庫                      支店                      口座番号 農 協 フリガナ(                      ) 名義人氏名												
		代理人に委任する方は記入してください 被保険者又は請求者印は③欄に押した印に限ります		この給付金の受領を 住 所 氏 名                      ⑭ に委任します。 平成                      年                      月                      日 被保険者(請求者)氏名                      ⑭													

兵庫県運輸業健康保険組合理事長 様

受付年月日

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 ( 区 ) 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	出生した年月日	平成                      年                      月                      日	生産又は死産の別	生産・死産 ( 妊娠第                      週 又は第                      ヲ月 )	出生児の数	単胎・多胎( 児 )
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成                      年                      月                      日 医療施設の名称・所在地 医師又は助産師名                      ⑮					
	本 籍			筆 頭 者 氏 名		
	出生届出日		出生児氏名		出生年月日	
	平成                      年                      月                      日				平成                      年                      月                      日	
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成                      年                      月                      日 市(区)町村長名                      ⑯						

## 記入するときの注意事項（添付書類を含む）

### 《被保険者が記入するところ》

- ③欄 印鑑は、はっきりと押してください。ただし、被保険者（請求者）が自ら署名する場合は、被保険者（請求者）の押印は不要です。
- ⑤欄 家族が出産した場合のみ記入してください。

### ◎「医師又は助産師の証明」又は「市(区)町村長の証明」については、いずれか一方で差し支えありません。

また、生産の場合はこれらの証明に代えて、出生児の戸籍謄本、出生届の受理証明書（母子の氏名、出生年月日が明記されたものに限る）の添付でも差し支えありません。

出生届の受理証明書は、出生届提出後すみやかに証明書の交付を受けてください。出生届を提出されてから一定期間経過後は、市(区)町村長において証明書の交付を受けられない場合もありますので、ご注意ください。

### 《医師・助産師が証明するところ》

- ・ 出産の事実について、医師又は助産師の証明を受けてください。
- ・ 医師又は助産師の証明書が外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名、住所等を記載したもの）を添付してください。

### 《市(区)町村長が証明するところ》

- ・ 出生の事実について、出生届提出先又は本籍地の市(区)町村長の証明を受けてください。

### 〔添付書類〕

- ・ 出産育児一時金 申請・受取に係る代理契約に関する文書(合意文書)控の写し
- ・ 分娩費内訳明細書(領収書)の写し（産科医療補償制度の対象分娩の場合は所定印が必要）
- ・ 出産育児一時金等不支給証明書（被扶養者の認定を受けた日から6ヵ月以内に出産し、被扶養者の認定以前は被保険者として加入していたとき）

※同一の出産で、「出産育児一時金」と「家族出産育児一時金」等、重複して給付を受けることはできません。

※健康保険の給付を受ける権利は、2年間の時効で消滅します。

この請求書の記載についてわからないときは、健康保険組合業務課給付係へおたずねください。