

(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 | ※被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です | | | | | |
| | 被保険者の (請求者) 氏名・印 住 所 | ③氏 名 (フリガナ) | 〒 | | 住 所 | - | |
| | 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 平成 令和 | 年 月 日 |
| | ⑥出産した年月日 | 令和 | 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) | | ③ 死産児数 人 | | ア 受けた イ 受けていない 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 記の受取代理人の口座に 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。 | | この給付金の受領を 住 所 氏 名 ④ に委任します。 令和 年 月 日 被保険者(請求者)氏名 ④ | | | |

兵庫県運輸業健康保険組合理事長 様

受付年月日

| | | | | | | | | | | |
|---|--|----|---|-----------|---|--------------|---------------------------|-------|-----------|--|
| 証 明 す る と こ ろ 医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 (区) 町 村 長 が | 出産した 年 月 日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 生産又は 死産の別 | 生産・死産 (妊娠第 週 又は第 カ月) | 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。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師又は助産師名 ④ | | | | | | | | | |
| | 本 籍 | | | | | 筆 頭 者 氏 名 | | | | |
| | 出 生 届 出 日 | | | 出 生 児 氏 名 | | | 出 生 年 月 日 | | | |
| | 令和 年 月 日 | | | | | | 令和 年 月 日 | | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 市(区)町村長名 ④ | | | | | | | | | |

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、これらの証明に代えて、出生が確認できる書類または死産が確認できる書類の添付でも差し支えありません。

出生が確認できる書類（いずれも原本が必要です。）

《戸籍謄（抄）本、出生届受理証明書、母子健康手帳（原本提示）、住民票など》

死産が確認できる書類

《死産証書（死胎検案書）など》

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）

※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。