

出産育児一時金支給申請書

「資格情報のお知らせ」やマイナポータルでご確認ください。番号の枝番は記載不要です。マイナンバーの記載はNGです。

被保険者等 記号	9999	番号	999999
被保険者氏名	日発 浜子 昭・平 ××年 ××月 ××日生		

分娩した方

フリガナ 氏名	ニッパツ ハマコ 日発 浜子	被保険者との続柄(本人)
	昭・平・令 ××年 ××月 ××日生	※子の場合は、長女、次女のように記入
分娩年月日	令和 6 年 8 月 1 日	生産・死産・生産死産混在
児数	生産の場合の出産児数 1 人	胎児数を記入します。 死産の場合は週数まで記入します。
	死産の場合の死産児数 人 (妊娠満 週 日)	
分娩をした場所	施設名称 □□助産院	医療機関や助産院の名称と所在地を記入します。 自宅の場合は別途問合せください。
	所在地 ○○市△△7-7	
	産科医療補償制度の加入有無 加入・未加入	
同一の出産について他健保の給付を受けていますか・・・ 受けた(受ける予定)・受けない		
上記金額の受領を右記のものに委任します。 下記□を確認✓ ☑ この提出について被保険者本人が作成しました。 ☑ 記載内容に誤りがないか確認しました。 令和 6 年 8 月 31 日 委任者 □□□株式会社 代表取締役社長 ○○○ 被保険者氏名 日発 浜子		

医師、助産師又は市区町村長

分娩者氏名		月 日
生産・死産の別	生産・死産(混在)	出生児数 胎児数 多胎(児)
上記のとおり相違ない 令和 年	分娩した施設、又は出生を届出た市区町村に証明をしてもらいます。 市区町村長の証明の場合は、押印が必要になります。	
	医師・助産師名 市区町村長名	市区町村長の場合 (印)

注意事項

- ① 分娩機関発行の領収書(写)を添付してください。
※ 産科医療保障制度の対象分娩の場合、所定の押印がある領収書(写)
- ② 分娩機関から交付される直接支払制度を利用しない証明書(写)を添付してください。
- ③ 市区町村長の証明の場合は、証明印が必要になります。

事業所確認

--	--

以下は健保組合使用欄

受付印

支給印

常務理事	事務長	担当者