

# 出産育児一時金支給申請書

被保険者証の上部に印字されている数字をご記入ください。番号の枝番は記載不要です。

被保険者証 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	昭(平) 令 ××年 ××月 ××日生	被保険者との続柄( 本人 ) ※子の場合は、長女、次女のように記入
分娩年月日	令和 2 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	〇〇市△△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✓		委任者	□□□株式会社 代表取締役社長 〇〇〇
<input checked="" type="checkbox"/> この提出について被保険者本人が作成しました。 <input checked="" type="checkbox"/> 記載内容に誤りがないか確認しました。		被保険者氏名	日発 浜子
令和 2 年 8 月 31 日		記入した日	

医師、助産師又は市区町村長の

会社経由で受給となる為、事業主が委任者となります。

分娩者氏名		年 月 日
生産・死産の別	生産 ・ 死産 (混 週)	出生児数 胎 多胎 ( 児)
上記のとおり相違ない	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。	
令和 年 月	医師・助産師名	市区町村長の場合
	市区町村長名	(印)

## 注意事項

- 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)
- 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。
- 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