

No. \_\_\_\_\_

同 年 月 日	年 月 日
支 払 年 月 日	年 月 日
支 給 額	¥. 円
支 給 内 訳	円
出 産 育 児 一 時 金	円
出 産 育 児 一 時 金 付 加 金	円
標 準 報 酬 額	円 (第 級)

支給支払決議書			
常務理事	事務長	担当	被扶養者照合
資格取得年月日	年 月 日		
資格喪失年月日	年 月 日		

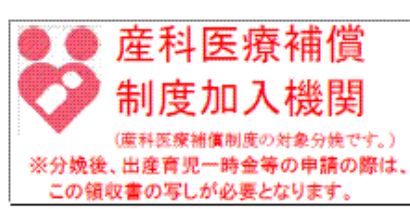
事業所  
担当者

### 被保険者 家族 出産育児一時金（付加金）支給申請書

※裏面の注意事項をご確認のうえご記入ください。

① 被保険者等 記号・番号	00・0000	② 事業所名称	△△△株式会社	③ 被保険者 標準報酬月額	000,000 円
④ 被保険者氏名	健 保 太 郎	⑤ 被保険者 生年月日	西暦又は昭和・平成00(以下同様)	年 0 月 0 0 日	
⑥ 分娩年月日	年 0 月 0 0 日	⑦ 死亡のときは その旨			
⑧ 分娩した場所	医療施設等 の名称 〇〇産婦人科医院	医療施設等 の所在地	〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町2-2		
⑨ 資格喪失後のときは 資格喪失日	年 0 月 0 0 日	資格喪失前後の加入保険、 名称・記号・番号、TEL	A-00 A健康保険組合 03-000-0000		
⑩ 被扶養者の分娩であるときはその氏名・生年月日	被扶養者氏名 健保 愛子	被扶養者生年月日	年 0 月 0 0 日		
⑪ 出生児氏名	フリガナ ケンポイチロウ 健保 一郎	続柄 長男	⑫ 出生児 生年月日	年 0 月 0 0 日	
⑬ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で ある ない	⑭ 出生児が被扶養者でないときはその理由			
上記の通り申請します。 年 0 月 00 日 〒 000-0000					
住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1					
被保険者の氏名 健保 太郎					
電話番号 000(0000)0000					
セイコー健康保険組合理事長 殿					

<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入) (注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。 被保険者本人以外の公金受取口座は利用できません。					
振込先	〇〇	銀行 信金 信組・農協 労金・その他	普通 当座	口座番号	0 0 9 9 9 9 9
	〇〇 支店	店番号	フリガナ	ケンポ タロウ	
		000	口座名義	健保 太郎	

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	⑮ 分娩年月日	年 0 月 00 日	⑰ 生産・死産の別	生産 ・ 死産	
	⑯ 出生児の数	単胎 ・ 多胎 ( 児)	妊娠 ヶ月( 日) 在胎週数	週	
	上記の通り相違ないことを証明する。 年 0 月 00 日 〒 000-0000 医療機関名称 〇〇県〇〇市〇〇町2-2 ・所在地 〇〇産婦人科医院 電話番号 000(0000)0000 医師・助産師名 □ □ □ □			＜産科医療補償制度加入機関スタンプ押印欄＞ 	
	⑱ 出生届出日	年 月 日	⑲ 出生児氏名	⑳ 出生年月日	年 月 日
上記の通り相違ないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名 (印) 電話番号 ( )					

## [記入上の注意]

### I. 被保険者への注意事項

1. 標題は被保険者が分娩したときは「被保険者」を、被扶養者が分娩したときは「被扶養者」を○印で囲んでください。
2. ⑧欄の分娩の場所は、分娩した病院、診療所又は助産所などの医療施設名を記入してください。  
(なお、自宅分娩の場合はその旨を記入してください)
3. ⑨欄は、被保険者の資格を喪失した後の分娩であるときは、資格喪失年月日を記入してください。  
また、分娩者が被保険者本人、被扶養者それぞれについて、資格喪失前後の他健保加入状況等の情報が必要となりますので、該当の場合はお問い合わせください。
4. ⑩欄は、被保険者(本人)の出産育児一時金の請求であるときは斜線で抹消してください。
5. ⑪、⑫の欄は、出生児が複数のときはそれぞれの氏名を記入してください。  
続柄は子ではなく、「長男」「長女」のように記入してください。
6. 医師又は助産師の証明が外国語で作成されているときは、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。
7. 出生証明が市区町村長の場合は、産科医療補償制度加入機関での出産であるかが判断できません。  
別途、証明スタンプが押印された出産医療機関の領収書の写し等の添付が必要となりますので、ご了承ください。

### II. 医師、助産師への注意事項

1. ⑬欄は、該当する文字を○印で囲み、生産、死産いずれの場合も妊娠〇月及び在胎週数が第〇週であったかを記入してください。
2. 医師等の証明欄右枠に、産科医療補償制度加入機関であることを証明するスタンプを押印してください。

### III. 添付書類

1. 口座振込を希望する場合		・医療機関等から交付される合意文書の写し(注) ・医療機関等から交付される出産費用の領収明細書の写し
2. 直接支払制度を利用する場合	出産費用が出産育児一時金の額を超えた場合	なし
	出産費用が出産育児一時金の額を下回る場合	・医療機関等から交付される出産費用の領収明細書の写し

(注)この文書には「直接支払制度を利用していない旨」が記載されています