

## 健康保険 出産育児一時金・家族出産育児一時金 支給申請書

◎添付書類が必要です(裏面をご覧ください)

請求者が記入するところ	①被保険者証の記号・番号		(記号)	(番号)	② 事業所名	
	被保険者(申請者)の氏名・住所	③ 氏名	(フリガナ)		④ 住所	郵便番号 □□□-□□□□
	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 平成 年 月 日
	⑥出産した年月日	平成 令和 年 月 日	⑦生産児数	⑧ 死産児数	⑫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)		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 受取代理人	*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 _____ に委任します。 令和 年 月 日 被保険者(申請者)氏名 _____				
	受領方法	振 込 希 望 金 融 機 関				
		【被保険者(申請者)又は委任代理人の口座に限ります】 フリガナ( ) ( ) 普通・当座 銀行 店番 _____ 信用金庫 支店 口座番号 _____ フリガナ ( ) ※支給金額 円 口座名義人氏名 _____				

▶いづれか一方で差し支えありません

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ	出産した年月日	令和 平成 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠第 週 又は第 ヵ月)	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する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 TEL ( ) -					
	本 籍			筆頭者氏名		
	出生届出日	出生児氏名		出生年月日		
	令和・平成 年 月 日			令和・平成 年 月 日		
	うえ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					

受付年月日

## 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》

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・受取代理契約書(不合意書)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）

※・同一の出産につき「出産育児一時金」と「家族出産育児一時金」の両方の給付を受けることはできませんので、ご注意ください。

※・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(TEL 06-6541-1481) 給付課へおたずねください。

◎提出先 〒550-0014 大阪市西区北堀江2-2-25 久我ビル南館8階  
大阪府木材健康保険組合

この請求書には、医師・助産師証明欄並びに市区町村長証明欄がありますが、これらの欄は給付金の請求事務を円滑に行うために設けているものです。

しかしながら、健康保険法施行規則における医師・助産師証明書又は市区町村長証明書の取扱いについては、被保険者等が請求する場合はこれらのうちどちらかを請求書に添付したうえ健康保険組合に提出することとされております。

施行規則による方法で請求される場合は、被保険者記入欄についてのみ記入した請求書に、医師・助産師の証明書又は市区町村長の証明書を添付のうえ提出していただいで結構です。