

健康保険 被保険者
家族 出産育児一時金内払金支払依頼書
差額申請書
付加金申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

申請内容

1 出産した者	☐ 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）
1 - ① 家族の場合はその方の	氏名 生年月日 ☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日
2 出産した年月日	令和 年 月 日
3 生産または死産の別	☐ 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在
3 - ① 「生産」の場合出生人数	人
3 - ② 「死産」の場合死産児数	人
3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 週
4 出産児の氏名	死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、 記入不要です。
5 出産した医療機関等	名称 所在地
6 出産した方	●被保険者 ⇒ 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ☐ 1. はい 2. いいえ ●家 族 ⇒ 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。
6 - ① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。	保険者名
●被保険者 ⇒ 現在加入している保険者について ●家 族 ⇒ 当組合加入前に加入していた保険者について	記号・番号
6 - ① - (1) 同一の出産について、6 - ①の保険者より出産育児一時金を	☐ 1. 受けた／受ける予定 2. 受けない

証明欄（いずれかに証明を受けてください）

医師・助産師による 証明の場合	出産者氏名	出産年月日	令和 年 月 日
	出生児の数 ☐ 単胎 ☐ 多胎 ⇒ (児)	生産または死産の別	☐ 生産 ☐ 死産 ⇒ (妊娠 週)
	医療施設の所在地 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 医師・助産師の氏名		
市区町村長による 証明の場合（生産のみ）	本籍	筆頭者 氏名	
	母の氏名	出生児 氏名	出生 年月日 令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 		

【必要な添付書類】

- ①医療機関等から交付された『分娩費用明細書』（代理受取額・出産日・出生児数などが記載されているもの）の写し
- ②医療機関等と交わした『合意文書』の写し
- ③被保険者の資格喪失後の出産による場合は、出産日に加入している健康保険組合等の『被保険者証』の写し