

直接支払制度以外利用者用

健康保険 ☐ 被保険者 ☒ 家族 **出産育児一時金** 直接支払制度以外利用 **支給申請書**

記号・番号は、右づめで記入してください。

枝番は不要です。

被保険者 申請者 情報	健康保険の (右つめ)	記号 7 7 7	番号 7 7 7 7 7	校番は不要です。	生年月日 年 月 日 昭和 0 7 1 0 平成 1 0
	氏 名	(フリガナ) タイヘイ ヨウイチ 太平 洋一			
	住 所	(〒 〇〇〇 - ××××) 神奈川県 横浜 横浜市〇〇区〇〇町××-××-××			
	電 話 番 号 (日中の連絡先)	TEL 045 (〇〇〇) ××××			
	☒ 本申請書の提出を事業主へ委任します				

1 出産した者 2 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者） 1-①は、被保険者が出産した場合は、記入不要です。

申請内容	1-① 家族の場合はその方の	氏 名	太平 まりん		生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成		09年04月30日	
	2 出産した年月日	令和	04年	02月	22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」の場合出征人数	☒ 1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 出生児の氏名	太平 空							
	5 出産した医療機関等の	名 称	横浜〇〇産婦人科病院		所 在 地	神奈川県横浜市戸塚区〇〇町××-××-××			
	6 出産した方	☒ 被保険者 ☒ 家 族	→退職後6ヶ月以内の出産ですか →当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか		☒ 2	1. はい 2. いいえ		6が「1.はい」の場合は、必ず6-①および6-①-(1)を記入してください。	
	6-① 「はい」の場合、『健保組合』と『記号・番号』をご記入ください			健保組合					
医師・助産師が証明 する場合は、こちらに 記入していただいてく ださい	☒ 被保険者 ☒ 家 族	→ 現在加入している健保組合について → 当組合加入前に加入していた健保組合について		記 号	番 号				
	6-①-(1) 6-①の健保組合より出産育児一時金を			☐	1. 受けた／受ける予定 2. 受けない				

**医師・助産師が証明
する場合は、こちらに
記入していただいでく
ださい。**

6が「1.はい」の場合
は、必ず6-①および
6-①-(1)を記入してく
ださい。

医師・助産師による証明の場合 証明欄(いずれかに記入ください)	出産者氏名 太平 まりん	出 産 年 月 日 令和 0 4 年 0 2 月 2 2 日
	出産児の数 ☒ 単胎 ☐ 多胎⇒ () 児)	生産または死産の別 ☒ 生産 ☐ 死産⇒ (妊娠 週)
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 4 年 2 月 22 日	医療機関の所在地 神奈川県横浜市戸塚区〇〇町××-××-×× 医療施設の名称 横浜〇〇産婦人科病院 医師・助産師の氏名 横浜 太郎	
市区町村長による証明の場合 (合生産のみ)	本 籍	筆頭者氏名
	母 の 氏 名	出生児氏名
上記のとおり相違ないことを証明する。 和 年 月 日	市区町村長名	

市区町村長が証明する場合は、こちらに記入していただください。

市区町村長が証明する場合は、こちらに記入していただください。	違うことを証明します。 産育児一時金（家族出産育児一時金）の受領は きめられている所定の方法で受領いたします。		令和	年	月	日
	受任者 事業所 所在地 名 称 氏 名	事業主証明		電話	(	)

- ・健康保険の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

○添付書類

- ・医療機関等から交付される「直接医療制度不活用文書の写し」
- ・退院時に精算をした出産費用の「領収、明細書の写し」
- ・出産日が扶養認定日より6ヶ月以内の場合は「出産育児一時金不支給証明書」

【健保使用欄】

支給・支払決議書	同 年 月 日			令和 年 月 日						
	支 払 額			百万	十万	万	千	百	十	円
	法 定									
	分娩年月日			年 月 日						
	資格	得	年 月 日	備考						
喪		年 月 日								

常務理事	事務長	担当者

受付目付印

No