

* 太枠内は、記入しないで下さい。

[出産費様式第2号]091001

支給決議書	同年月日	年 月 日	常務理事	事務長		扱者	資 得	年 月 日
	支給額	法定給付					格 喪	年 月 日
		付加給付						
		支給額						
	直接払金等充当額			分べんの日	年 月 日	被扶養者	確 認	
本人宛支給額			備 考					

健康保険 **被保険者** 出産育児一時金 支給申請書 (直接払制度を利用しましたか? はい・いいえ)

被保険者が記入するところ	(1) 記号・番号	記号 ○	(2) 被保険者(請求者)の氏名・生年月日	健保 花子		
		番号 ○○○○○		(3) 昭和 平成 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
	(4) 被保険者(請求者)の住所	(〒 101-0021) 東京都千代田区外神田○-○○-○		TEL 090 (○○○○) ○○○○	※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。	
	(5) 事業所の名称住所	三菱UFJニコス株式会社 〒113-6216 東京都文京区本郷3-33-5		TEL 03 (○○○○) ○○○○		
	(6) 出産した方が被扶養者の場合	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	(7) 出産した年月日	令和 ○ 年 ○○ 月 ○ 日	(8) 生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産 <input type="checkbox"/> 3. 生産・死産混		
	(8) 「生産」の場合 ① 出生人数	1 人	(8) 「死産」の場合 ② 死産児数	人	(8) 「死産」の場合 ③ 妊娠経過期間	満 週
	(9) 出産した医療機関等の名称	小山産婦人科医院		所在地	東京都品川区小山台○-○-○ TEL 03 (○○○○) ○○○○	

医師・助産師による証明の場合	(10) 出産者氏名	健保 花子		(11) 生産年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○○ 日
	(12) 出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 ・ <input type="checkbox"/> 多胎 → (児)	(13) 生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 週)	
	(14) 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 ○ 年 ○ 月 ○○ 日		医療施設の所在地	東京都品川区小山台○-○-○	
			医療施設の名称	小山産婦人科医院	
市区町村長による証明の場合(生産のみ)	(15) 本籍	(16) 筆頭者氏名			
	(17) 母の氏名	(18) 出生児氏名	(19) 出生年月日	令和 年 月 日	
	(20) 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	印	

・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

*在籍者の振込先は給与口座になりますので記入は不要です。

振込希望口座	(21) 銀行	支店	
	預金の種別	口座番号	フリガナ
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座名義

受付日付印

記入上のご注意

1. 記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記入者の氏名(サイン)を記入してください。
2. 証明欄については、「生産」の場合は、医師・助産師(10)～(14)又は市区町村長(15)～(20)による証明のいずれか一方で証明を受けてください。
 ※「死産」の場合は、医師・助産師(14)～(17)による証明を受けてください。(13)に「死産→ 満 週」の記入が必ず必要です。

【証明について】

内容	
【申請書所定欄に次のいずれかの証明】 ■医師・助産師の証明 ■市区町村の証明	【証明が受けられない場合】 ※いずれか1つを添付してください。 ●戸籍謄(抄)本 ●戸籍記載事項証明書 ●登録原票記載事項証明書 ●出生届受理証明書 ●母子健康手帳(出生届出済証明欄)の写し ●住民票

【添付書類】

内容	添付書類
「直接支払制度」を利用した場合	①医療機関等との合意文書の原本 (直接支払制度を利用する旨、及び請求先の保険者が当組合である旨を記載したもの) ②医療機関等から交付を受けた「出産日、出産児数、受取代理額、専用請求書の内容と相違ない旨が記載された明細書または領収書」の写し ③産科医療補償制度対象分娩については「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言(印字やスタンプ等)が明記された領収書又は請求書の写し
「直接支払制度」を利用しない場合	①医療機関等との合意文書の原本 (直接支払制度を利用しない旨、請求先の保険者が当組合である旨を記載したもの) ②産科医療補償制度対象分娩については「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言(印字やスタンプ等)が明記された領収書又は請求書の写し