

健康保険 被保険者 出産育児一時金
 家族・付加金支給申請書

常務理事	事務長	担当者		事業所担当者

【直接支払制度を利用しない方】

支給決定印

被保険者 (申請者) 情報	被保険者証の	記号	番号	個人番号 (被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)												
	氏名・印	ふりがな 在職中は支給金額の受領を事業主に委任します。											生年月日			
	住所	〒											都道府県	市区郡	電話	-

申請 内容	①出産した者	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)														
	②家族の場合は、その方の	氏名											生年月日			
	③出産日	令和		年		月		日	④生産・死産の別	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在						
	⑤「生産」の場合 出産児数	人							⑥「死産」の場合 死産児数	人			⑦「死産」の場合 妊娠経過日数	満	週	
	⑧出生児の氏名															
	⑨出産した 医療機関等	名称						所在地								
	⑩出産した方	●被保険者 ⇒ 退職後6ヵ月以内の出産ですか。 ●家族 ⇒ 味の素健保に加入後6ヵ月以内の出産ですか。											1. はい 2. いいえ			
	⑩-1	⑩で「はい」の場合、ご記入ください。 ●被保険者 ⇒ 現在加入している健康保険について ●家族 ⇒ 味の素健保加入前に加入していた健康保険について											健保等の名称			
	⑩-2	今回の出産について、⑩-1の健康保険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 (いづれかにご記入ください。)	医師・助産師 による証明	出産者氏名							出産年月日	令和		年		月		日
		出産児の数	1. 単胎 2. 多胎()児)			生産・死産の別			1. 生産 2. 死産(妊娠 週)							
		上記のとおり相違ないことを証明する。 医療施設の所在地 医療施設の名称 令和 年 月 日 医師・助産師の氏名														
	(生産のみ) 市町村長 による証明	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	
上記のとおり相違ないことを証明する。 市町村長名																

添付書類につきましては、裏面に記載してあります。

支給印

受付印

社会保険労務士の
 提出代行者名記載欄

印

出産育児一時金の支給要件等

■ 出産育児一時金の支給要件

被保険者本人が出産した場合は出産育児一時金が支給され、被扶養者が出産した場合は家族出産育児一時金が支給されます。

一時金の対象となるのは、妊娠4ヵ月(85日)以上の出産で、早産、死産、流産、人工妊娠中絶(経済的理由によるものも含む)も含まれます。

<資格喪失後に出産をした場合>

被保険者の資格を失った場合でも、資格喪失日の前日(退職日等)までに被保険者期間が継続して1年以上あり、資格喪失後6ヵ月以内に出産した場合は、出産育児一時金(法定給付のみ)の支給を受けることができます。

■ 添付書類

1. 医師・助産師または市区町村長の証明を受けられない場合は、出生が確認できる書類
(出生届受理証明書、母子手帳(写)など)を添付してください。
2. 医療機関等から交付される合意文書の写し
※ この文書には、「直接支払制度に係る代理契約を医療機関等と締結していない旨」及び申請先となる「保険者名」が記載されています。
3. 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
(この領収・明細書には、「直接支払制度を用いていない旨」の記載及び「産科医療補償制度の加算対象出産であることを証するスタンプ」の押印がなされています。)
※ 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。

■ 支給日

毎月20日締め切り、翌月25日支払い(在職中は給与に合わせて支給)