

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】

記入例

支給決定印

被保険者 (申請者) 情報	被保険者証の	記号 92	番号 123456	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 あじの たろう 在職中は支給金額の受領を事業主に委任 味野 太郎 (印)			生年月日 昭和 平成 0 0 1 1 2 2				
	住所	〒 1 0 5 - 0 0 0 0 東京 (都道府県)		港 (市区郡)		電話 03-xxxx-xxxx			

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 味野 花子	生年月日 昭和 平成 0 0 0 3 2 1			
	③ 出産日	令和 0 0 0 7 2 0	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	1 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	味野 陽奈				
	⑨ 診療を受けた 医療機関等	名称 〇〇産婦人科医院	所在地 東京都〇〇区〇〇			
	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		健保名 記号・番号		
	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 (いず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	出生年月日	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		(印)			
	(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

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
 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)