

健康保険 出産育児一時金支給申請書（国内出産：直接支払制度利用なし）

本申請書に関し、電子申請の代理入力を事業主へ依頼します。

（申請者本人の署名）

《添付書類：全て必須》

①健康保険 出産育児一時金支給申請書（医療機関等用）（原本）

※同じ内容であれば、別証明書（原本）の提出可。

②領収証（原本）

※産科医療補償制度証明スタンプの有無により支給額が異なります。



●産科医療補償制度「加入」機関で分娩の場合：上限額 500,000円

●産科医療補償制度「未加入」機関で分娩の場合：上限額 488,000円

※該当する事柄 ☐ にチェック ☒ を付けてください。

申請日 令和 年 月 日

被保険者（申請者）	記号と番号	記号	番号	生年月日
				昭・平・令 年 月 日
	フリガナ 氏名			
	住所	〒	TEL	— —
会社名			所属名	

申請内容	①出産した方	氏名	続柄	生年月日
				令和 年 月 日
	②出産した日	令和 年 月 日	出生児数 人	死産児数 人
③出産した医療機関等	名称	産科医療補償制度 スタンプ		※どちらか選択 あり・なし

振込先指定口座	振込先指定口座について以下いずれかを選択してください。			
	☐ ①上記において事業主経由での支給を了承しました。⇒ 下記振込先口座欄記載不要。			
	☐ ②上記①以外の場合、下記振込先口座について記入してください。 ※口座名義人が遺族の場合、別途代表者選定届等の手続きが必要です。 ※日本国内の口座のみとなります。海外送金は行いません。			
	金融機関名称	銀行 信金 信組 農協 その他		
	支店名称	本店 支店 出張所 その他		支店コード
	預金種別	普通 当座	口座番号	
口座名義（カタカナ）				

【事業所担当者は以下ご対応ください】

- ①本申請書の画像をワークフロー内添付1へ添付してください。
- ②本申請書の原本を健保組合へ提出してください。
- ③出産育児一時金支給申請書（医師等）の原本を健保組合へ提出してください。
- ④領収証の原本を健保組合へ提出してください。
- ⑤領収証、出生届等の画像はワークフロー内指定箇所へ添付してください。
- ⑥他提出書類でワークフロー内に指定のない場合は、添付2以降に添付してください。

事業所
担当者

健康保険 出産育児一時金支給申請書（医師・助産師、市区町村用）

※該当する事柄 ☐ にチェック ☒ を付けてください。

※この証明欄と同じ内容であれば、別書式での対応可能です。

※出産育児一時金請求書の証明について、病院・助産院が市区町村のいずれか一方での証明が必要です。

証明欄（いずれかに記入ください）	医師・助産師証明の場合	出産者氏名	出産した日		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 満 週 }	
		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	〒		医療施設の名称	印		医師・助産師の氏名	TEL	()
市区町村長証明の場合 (生産のみ)	本 籍	筆頭者氏名								
	母の氏名	出生児氏名	出産した日	令和	年	月	日			
	上記のとおり相違ないことを証明する。					印				
		令和	年	月	日	市区町村長名				