

健康保険 被保険者 出産育児一時金 支給申請書 (全額 ・ 差額)
 家 族 並びに 付加金

※保険証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
 ●添付書類 : ① 医療機関等で発行された領収書の写し ② 医療機関等で発行された合意文書の写し

被保険者が記入するところ	被保険者証	記号	番号	被保険者氏名・印	印	
	被保険者住所	(〒 -) (電話 - -)				
	事業所	名称				
		所在地				
	家族が分娩した時は、その家族の氏名			扶養認定年月日 (保険証で確認)	平成 年 月 日 令和	
	分娩年月日	平成 年 月 日 令和	生産・死産の別	生産・死産 (月) 週		
	入院して分娩した時は、その病院・産院の	名称				
		所在地				
	出生児氏名			被保険者と出生児の関係	出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない
	出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由					
家族が被扶養者として認定されてから6ヶ月以内に分娩した場合は、以下についても記入してください。						
認定前に加入していた健康保険について記入	健康保険名	協会けんぽ 支部	記号	番号		
		健康保険組合	資格喪失日	平成 年 月 日 令和		
備考欄						

医師等が証明するところ	分娩年月日	平成 年 月 日 令和	生産・死産の別	生産・死産 (月) 週
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)	備考	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産婦名 市区町村長名			
				印

上記のとおり請求いたします。

愛知紙商健康保険組合理事長 殿

委任状	この給付金の受領を委任します。		
	受任者	住所 事業所名 氏名	印
			被保険者(請求者)氏名 印

この欄以降は健康保険組合処理欄です。

算出基礎

※産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産した場合は50万円、加入しない医療機関等で出産した場合は48万8千円

①本人	(※)	出産育児一時金	円	-	(直接支払額	円)	+	(7,000円)	=	円
②家族	(※)	家族出産育児一時金	円	-	(直接支払額	円)	=			円