

※	同日	令和	年	月	日	支給内訳	法定給付	拾万	万	千	百	拾	円	常務理事	事務長	課長	係	担当者	
支給決定	支給額	¥	拾万	万	千	百	拾	円											
備考	出産年月日	令和	年	月	日	資格取得年月日	昭和・平成・令和	年	月	日									
						資格喪失年月日	令和	年	月	日									

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・出産育児一時金付加金支給申請書

◎裏面にも記入欄がございますので必ずご記入ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	-		被保険者氏名						
	被保険者の住所	〒 -								
	事業所の名称									
	出産年月日	令和	年	月	日	出生児数 人	死産児数 人	死産の場合 はその旨	妊娠経過 期間	週
	出産した医療機関名及び所在地	名称								
		所在地								
	被保険者が出産した場合に記入	ア. 被保険者期間中の出産 イ. 資格喪失後6ヶ月以内の出産 資格喪失後加入している医療保険 国民健康保険・全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合（いずれかに○をつけてください。） 記号番号（ ）被保険者氏名（ ）保険者名（ ）								
被扶養者が出産した場合に記入	被扶養者の氏名				生年月日	昭・平	年	月	日	
	被扶養者として認定された日	平成・令和	年	月	日	続柄				
	被扶養者となる前に加入していた医療保険（扶養認定日が出産前6ヶ月以内の場合、記入） 国民健康保険・全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合（いずれかに○をつけてください。） 記号番号（ ）被保険者氏名（ ）保険者名（ ）									
被保険者のマイナンバー記入欄 ※被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です。 ※マイナンバーで申請する場合は、個人番号確認及び本人確認をするための書類が必要となります。										

◎添付書類が必要です。（裏面をご覧ください。）

医 師 ・ 助 産 師	出産者氏名				出産年月日	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 医師・助産師の氏名 （電話番号） （ ）									
	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	日
	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									

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

兵庫自動車販売店健康保険組合理事長 様

銀行振込を希望する場合は、下欄に振込先を記入、代理人（事業主）に委任される場合は受取代理人の欄に記入してください。

金融機関名	支店名及び支店番号	口座番号							
銀行 信金 信組 農協	支店No. () 支店	No.							

被保険者（申請者）本人の口座に限ります。

受 取 代 理 人 の 欄	<p>本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>被保険者 (申請者)</p> <p>氏名</p>
	<p>住所</p> <p>代理人 (事業主)</p> <p>氏名</p>

【添付書類】

- ① 医療機関等から交付される直接支払制度を利用しない旨の合意文書の写し
- ② 医療機関等から交付される出産費用の内訳が記載された領収・明細書の写し

(注) 医師・助産師又は市区町村の証明について

この申請書には、医師・助産師又は市区町村長が証明するところがありますが、これらの欄は給付金の請求事務を円滑に行うために設けているものです。

しかしながら、健康保険法施行規則における医師又は助産師証明、市区町村長証明の取扱いについては、被保険者等が申請する場合はこれらのうちからどちらかを申請書に添付したうえ健康保険組合に提出することとされております。

つきましては、施行規則による方法で申請される場合は、被保険者記入欄についてのみ記入した申請書に、医師又は助産師の証明書又は市区町村長の証明書を添付のうえ提出していただいても結構です。