|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者  家　　族 | | | | | | | | | 出産育児一時金（付加金）申請書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ① 被保険者等  記号番号 | | | 記号 | | | | | | | | ② 事業所  の名称 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 番号 | | | | | | | |
|  | ③ 被保険者  　（申請者） | | | 氏　名 | | |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | 昭和・平成 　 　年 　 　月 　 　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 被　保　険　者　が　記　入　す　る　と　こ　ろ | ④ 被保険者  住所 | | | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ⑤ 電話番号  　（日中の連絡先） | | | （　　　　） | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ⑥ 被扶養者が出産  したための請求で  あるときはその者の | | | 氏　名 | | |  | | | | | | | | | 被保険者  との続柄 | | | | | |  | | | | | | | | 生年月日 | | 昭和 | | | 年　　　月　　　日 | |
| 平成 | | |
|  | ⑦ 出産した  年月日 | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | ⑧ 　　妊　　娠  経過期間 | | | | | | | | 週 | | | | | | | | | ⑨ 生産または  死産の別 | | | | | | 生産　・　死産 |
|  | ⑩出産した  　医療機関等 | | | （ア） 名　称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （イ） 所在地 | | | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ⑪出版健保に扶養認定されて６ヶ月以内で出産された方は前加入保険者名、記号番号をご記入ください | | | | | | | | | | | | | | | | | | 保険者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記号 | | | | | | | | | | | | | | 番号 | | | |
|  | **直接支払制度利用　した・しない** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ⓐ医師・助産師による証明 | ⑫出産した年月日 | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | ⑬生産または死産の別 | | | | | | | | | | | | | 生 産 ・ 死 産（妊娠　　　週） | | | | | | | | | | | | |
| ⑭出生児の数 | | | | 単 胎 ・ 多 胎（　　児） | | | | | | 備　　　考 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑮上記のとおり相違ないことを証明する。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 医療機関の名称 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 医療機関の所在地 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 医師・助産師 氏 名 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | 電話　　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ⓑ市区町村長による証明 | ⑯本　籍 |  | | | | | | | | | | | | | | | | ⑰筆頭者氏名 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| ⑱ 出生届出日 | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | ⑲ 出生児氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | ⑳出生年月日 | | | | | | | 令和　　年　　月　　日 | | |
| ㉑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 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ㊞ | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | 電話　　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ㉒委　　任　　状 | 出産育児一時金（家族出産育児一時金）及び同付加金の受領を下記の代理人に委任します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 被保険者  （申請者） | | | | | 氏　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 受領  代理人  （口座名義人） | | | | | 氏　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| ㉓欄は、会社を退職して資格を喪失した方のみご記入ください。　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日提出 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**◎記入方法については裏面の注意事項をご覧のうえご記入ください。**

㉓振 込 先

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 銀行名 | 銀行  信用金庫  信用組合 | | 本店  支店 | 口座番号 |  |  |
| フリガナ |  |  |
| 口座名義人 |  |  |
| 預　金　種　別 | | 普 通 ・ 当 座 | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 社会保険労務士  の提出代行者 |  |

※個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する場合、「委任状などの代理権が確認できる書類」「代理人の身元確認書類」等の添付が必要になります。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

記号・番号を記載した場合は個人番号の記載は不要です。

R6.12

**出版健康保険組合**

注意事項

　　　１．①欄は（1）マイナポータル、（2）資格情報のお知らせ、（3）資格確認書（健康保険証）のいずれかで確認して記入してください。

　　　２．㉒欄は被保険者（申請者）と事業所の受領代理人の署名を必ずしてください。

　　　３．㉓欄は退職後の請求である場合に振込先（銀行名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人）を記入してください（この場合、㉒委任状欄を記入する必要はありません）。

**〇直接支払制度を利用した場合**（直接支払制度を利用「した」に○印を付けてください）

　　　　出産育児一時金の額（法定給付 50万円）を限度として、医療機関等が被保険者等に代わって出産育児一時金の支給申請及び受け取りを行うことにより、医療機関等の窓口で出産費用を支払う経済的負担を軽減する制度です。

出版健保では法定給付の出産育児一時金50万円に加え、付加給付の出産育児一時金付加金の支給がありますので、直接支払制度を利用された方においても出産育児一時金（付加金）請求書を申請していただき、出産費用が法定給付の50万円未満である場合はその差額及び付加金を、50万円以上の場合は付加金を支給させていただきます。

　　　※「Ⓐ医師・助産師による証明」及び「Ⓑ市区町村長による証明」欄の記載は不要です。また、添付書類

についても不要です。

**〇直接支払制度を利用しない場合**（直接支払制度を利用「しない」に○印を付けてください）

　　　　【添付書類】

・合意文書のコピー（直接支払制度を利用しない旨の文書が記載されたもの）

　　　　・領収書及び出産費用明細書のコピー（産科医療保障制度加入医療機関にて出産された場合は、「産科医

療保障制度の対象分娩です。」の文言が印字やスタンプ等により明記されたもの）

**※直接支払制度を利用しない場合には「Ⓐ医師・助産師による証明」または「Ⓑ市区町村長による証**

**明」欄の記載が必要となります。**

**〇海外で出産した場合**

　　　　　海外で出産し、⑮欄または㉑欄の証明が受けられないときは、現地の医療機関が発行する出産証明書

（原本）とその翻訳文（翻訳者の住所・氏名を明記）を添付してください。

　　　　　 また、「出産証明書」と「翻訳文」の他に、「旅券（パスポート）、航空券その他の海外に渡航した

事実が確認のできる書類の写し」及び「海外出産の事実、内容について、健保組合が当該海外出産を担

当した海外の医療機関等に照会することができる同意書」の添付が必要となります。

なお、海外出産には産科医療補償制度はないため、法定給付額は48万8千円です。