

※被保険者証の記号番号または個人番号を記入してください

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号	番号	資格取得日	平成 令和	年	月	日	資格喪失日 (喪失後の場合)	平成 令和	年	月	日
	個人番号												
	社員番号												
	被保険者(申請者)氏名	フリガナ Ⓢ <small>自署の場合は押印省略可</small>				被保険者(請求者)住所	〒 -						
	生年月日	昭和 平成				年	月	日	住所	電話 ()			
	被扶養者の出産である場合はその者の氏名					生年月日	昭和 平成	年	月	日	被保険者との続柄		
	分娩日	平成 令和				年	月	日	生産	人	死産	人	死産の時は その妊娠経過期間 週
	出産した医療機関等	(名称)				(所在地) 〒				電話 ()			
	出生児の氏名	フリガナ				被保険者と出生児の続柄				出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある ・ ない		

健康保険組合・共済組合証明欄	次の証明を受けてください。(別紙添付も可) ※①被扶養者として認定されて6ヶ月以内の出産で請求の場合以前加入していた健保等から ②被保険者の資格喪失後6ヶ月以内の出産で請求する場合は現在加入している健保等から											
	被保険者氏名	(旧姓)										
	保険証の	記号	番号	分娩年月日	平成 令和	年	月	日				
	資格取得年月日	平成 令和	年	月	日	資格喪失日	平成 令和	年	月	日		
	上記について出産育児一時金を支給していないことを証明します。 令和 年 月 日 名称 所在地 電話 代表者名 Ⓢ											

医師・助産師の証明欄	医師・助産師又は市区町村長が証明する欄はどちらか一方で証明を受けてください。(※海外で出産した場合、証明欄の記載証明は省くことができます。なお、母子手帳の出生届出済証明(写)または出生証明書等の(写)添付にて代用可。下記記載の添付書類A、Bを提出してください。)											
	出産年月日	平成 令和	年	月	日	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)					
	分娩の状態	生産 ・ 死産 (妊娠第 月又は第 週)										
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療施設名の名称・所在地 医師・助産師名 Ⓢ 電話 ()											

支払金融機関	※被保険者名義の口座情報をご記入ください。											
	銀行						本店	普通 ・ 当座				
	支店番号	口座番号				フリガナ						
						名義人						

受付日付印

(ご注意)※ 医師・助産師による週数の証明がない場合は、母子手帳の記載ページの写しを添付してください。

- 《添付書類》 ① 医療機関等との合意文書の写し(申請先の保険者が当組合である旨を記載したもの)
② 分娩機関が発行する領収書のコピー(産科医療補償制度加入医療機関等においては証明するスタンプが押されたもの)
- 《海外で出産した場合の添付書類》
A) 医療機関または公的機関等で発行された出産の事実を証明するもの
B) 上記証明書の日本語訳(翻訳者の住所、氏名が記されているもの)