

健康保険 出産育児一時金・家族出産育児一時金 支給申請書

◎記入方法及び添付書類については、裏面をご参照願います。

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） の 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	(記号) — (番号)										事業所名																	
	個人番号 (マイナンバー)														【注意】「記号・番号」を記入した場合は、被保険者の個人番号(マイナンバー)を記入する必要はありません。														
	被保険者 (申請者)の	氏名		(フリガナ)										住所	〒 —  TEL ( )														
	被扶養者が出産したとき のその氏名・生年月日		氏名												生年月日	昭和 平成	年	月	日										
	出産年月日	令和	年	月	日	生産児数 人		死産児数 人		他の制度から出産育児一時金を受け たかどうか																			
	・被扶養者の認定を受けた日から6ヵ月以内 に出産の場合は、以前加入していた被保険 者証の記号番号及び保険者名										(記号) — (番号)										ア. 受けた  イ. 受けていない(受けない)  ウ. 請求中								
・資格喪失後の出産の場合は、新たに加入 した被保険者証の記号番号及び保険者名										(保険者名)																			

振 込 口 座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。				
	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
	(フリガナ)	(フリガナ)	普通 当座 その他( )		(フリガナ)

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。										委任者との関係 ( )									
	令和 年 月 日										住所									
	住所 被保険者 (申請者)										代理人 電話 ( )									
	氏名										氏名									

⇒いずれか一方で差し支えありません

医 師 ・ 助 産 師 ま た は 市 区 町 村 長 の 証 明 欄	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 ( )																				
本籍											受付年月日																				
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										⑥																					

## 《記入するときの注意事項（添付書類含む）》

### 〈被保険者（申請者）の記入欄、振込希望口座及び受取代理人の欄〉

1. 振込希望口座が被保険者（申請者）と異なる場合は「受取代理人の欄」の記入が必要です。
2. 給付金の受け取りを代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に必要事項を記入してください。

### 〈医師・助産師または市区町村長の証明欄〉

1. 証明事項の訂正は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
2. 医師又は助産師の証明が外国語でされている場合は、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名、住所等を記載したもの）を添付してください。

**注意：**「医師・助産師の証明」または「市区町村長の証明」については、いずれか一方で差し支えありません。

### 〈添付書類〉

1. 医師・助産師または市区町村長の証明を受けられない場合は、出生を確認できる書類  
※戸籍謄（抄）本、出生届受理証明書、住民票、母子健康手帳（原本提示）など
2. 医療機関等から交付される、代理契約に関する文書の写し  
※「直接支払制度に係る代理契約を締結していない旨」及び「申請先の保険者名」が記載されています
3. 医療機関等から交付される、出産費用の領収・明細書の写し  
※産科医療補償制度加入の医療機関等で出産の場合は、所定の印が押印されています

ご請求及びお問い合わせは、西日本パッケージング健康保険組合までお願いします。

〒550-0004 大阪府大阪市西区靱本町2丁目3番2号

なにわ筋本町M I Dビル8階

TEL 06-6941-4635 FAX 06-6944-0514