

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ください。

被保険者（申請者）の記入欄	① 被保険者証の記号番号		(記号)	(番号)	② 事業所名					
	被保険者（申請者）の氏名・住所・電話番号		③ 氏名	④ 住所		TEL ()				
	⑤ 被扶養者が出産したときはその氏名・生年月日					⑥ 生年月日	昭和 平成	年	月	日
	⑦ 出産年月日		平成 令和	年	月	日	⑧ 生産児数 人		死産児数 人 (妊娠第 週)	
	⑨ 出生児の氏名		(フリガナ)	⑩ 被保険者（申請者）との続柄 子・孫・その他 ()			⑬ 他の制度から出産育児一時金を受けたかどうか			
	⑪ 被扶養者の認定を受けた日から6カ月以内に 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				
⑫ 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	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
			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	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		住所	
	令和 年 月 日	住所	代理人 氏名	
	被保険者 (申請者) 氏名	(被保険者との関係)		

⇒ いずれか一方で差し支えありません。 ⇒

医師・助産師の証明欄	出産者氏名	出産年月日	平成 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					

市区町村長の証明欄	本籍					
	筆頭者氏名	母の氏名				
	出生児氏名	生年月日	平成 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 (印)					

受付年月日



《記入するときの注意事項（添付書類含む）》

〈被保険者（申請者）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. 給付金の受取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. 医師また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、大阪自転車健康保険組合までお願いします。

〒543-0042 大阪市天王寺区烏ヶ辻 1-2-18

TEL 06-6777-9872 FAX 06-6777-9878

健康保険 出産育児一時金 内払(差額)金支払依頼書
 家族出産育児一時金

〔医療機関等への直接支払制度利用者で出産費用が
 給付額(50万円又は48.8万円)に満たない場合〕

請求者が記入するところ	被保険者証の記号と番号	—		被保険者の氏名			
				生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	被保険者の現住所	〒					
	事業所の名称						
	被扶養者が出産したときその氏名・生年月日	氏名			生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	出産年月日	平成 令和 年 月 日		生産児数	人	死産児数	人 (妊娠第 週又は第 月)
出生児の氏名	フリガナ		他の医療保険制度から 出産育児一時金の給付 を受けていますか		いる・いない		
該当するとき	資格喪失後、家族の被扶養者となつたときは、その被保険者証の ⇒		保 険 者 名			記号・番号	
	被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の ⇒		健康保険組合・共済組合 協会けんぽ 国民健康保険(組合)			・	

請求者又は代理人記入欄	振込先銀行	銀行名	支店名	フリガナ
		当・普・貯	口座番号	口座名義

代理人に委任するとき	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。	代理人の氏名	被保険者との関係
		フリガナ	
	令和 年 月 日		
	被保険者住所氏名	代理人の住所・電話番号	
		〒	TEL ()

※添付書類については、裏面をご覧ください。

受付年月日

※振込銀行欄は被保険者又は代理人の口座を記入し、口座名義にはフリガナをつけて下さい。

※受取を代理人に委任する場合は、受取代理人の欄に記入して下さい。

◇ 添付書類及び記入するときの注意事項 ◇

◎ この請求書は、「医療機関等への直接支払制度を利用したが、出産費用が給付額（50万円又は48.8万円）未満だったので出産育児一時金との差額を請求するとき」に使用します。

【添付書類】

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

※「産科医療補償制度の加算対象出産の場合は所定の証明スタンプ」の押印がされている出産費用の領収・明細書の写し

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た旨」及び「申請先の保険者名」が記載されています

【出産育児一時金】

- ・ 保険給付は、在胎週数22週以上の生産・死産・流産が対象となります。
- ・ 出産時に係る氏名の記載について、「死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載は不要」です。

【出産育児一時金の支給額】

令和5年4月1日以降の出産から、1児につき原則50万円（48.8万円と1.2万円）です。

- (1) 産科医療補償制度に加入する医療機関等において、在胎週数22週以上の出産（死産も含む）の場合は、制度の保険料相当分として1.2万円が加算され、出産育児一時金は50万円が支給額となります。
- (2) 産科医療補償制度に加入していない医療機関等において出産した場合、又は加入している医療機関等であっても在胎週数22週未満の出産の場合の出産育児一時金は、48.8万円が支給額となります。

この請求書の記載についてわからないときは、健康保険組合へおたずね下さい。

〒543-0042 大阪市天王寺区烏ヶ辻 1-2-18

TEL 06-6777-9872 FAX 06-6777-9878