

出産育児一時金支給申請書記入例

届書コード
6 3 A

健康保険被保険者^① 家族 出産育児一時金支給申請書

① 記入方法及び添付書類等については、別紙「記入例」「添付書類について」を確認してください。
 ※ 記入方法は、別紙「記入例」に記載されています。

⑦ 被保険者証の記号・番号	⑧ 被保険者の生年月日	届書種別	受付年度	通 番	グループ
千代田区 1030102203-123	平成 50年03月05日	04	平成		
被保険者(申請者)の氏名と印	ケンボ タロウ	名称	(株)協会商事		
健保 太郎	事業所の所在地	千代田区△△ 1-1			
被保険者(申請者)の住所	〒105-0000 東京都港区〇〇 1-1 △△マンション101 電話 03 (XXXX) XXXX				
被扶養者が出産したための申請であるときは、その方の	被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	被扶養者番号		
健保 花子	昭和 51年10月22日				
⑤ ⑦ 出産した年月日	⑧ 出生児数	⑨ 死産児数	⑩ 妊娠経過期間	⑪ 法第3条第2項被保険者として支給を受けた場合はその額(調整減額)	
平成 21年10月15日	1人		週	円	
⑥ ⑫ 出生児の氏名	⑬ 被保険者と出生児の続柄	⑭ 出産した医療機関等			
ケンボ ジロウ	子	品川〇〇総合病院			
健保 二郎		東京都品川区△△ 1-1 電話 03 (△△△△) △△△△			
甲(本 申請人) 者	⑮ 今回の申請は、退職等により、全国健康保険協会管掌健康保険の被保険者資格の喪失後、6ヵ月以内に出生したことによる申請ですか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
者	⑯ 上記⑮で、「はい」と答えた場合、資格喪失後、家族の被扶養者になっていますか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
出 産 記 録 者	⑰ 上記⑰で、「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入している健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。	保険者名			
入 時 間 金	⑱ 今回の申請は、家族が被扶養者認定後、6ヵ月以内に出生したことによる申請ですか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input checked="" type="checkbox"/>	いいえ
者	⑲ 上記⑲で、「はい」と答えた場合、家族が被扶養者の認定を受けた要因は退職等により、健康保険の資格を喪失したことによるものですか。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
家 族 認 定 前	⑳ 上記⑲で、「はい」と答えた場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。	保険者名			
認 定 前		記号・番号			
請 求 年 月 日	特別コード	不支給理由	106条	貸付/代表表示	貸付金額
平成 年 月 日		0:非該当 1:該当		0:なし 1:貸付有り 2:代理有り	円
				産科医療補償制度	法定支給額
				0:未加入 1:加入	円
				支払方法	受取住所区分
				2:個人払い 3:その他	0:本人 1:代理人
⑦ 出 産 者 氏 名	健保 花子		出 産 年 月 日	平成 21年 10月 15日	
出 生 児 の 数	①(単胎)・多胎 (児)	生 産 又 は 死 産 の 別	②(生産)・死産(妊娠 週)		
上記のとおり相違ないことを証明する。平成 21年 10月 22日					
医療施設の所在地		東京都品川区△△ 1-1			
医療施設の名称		品川〇〇総合病院			
医師・助産師の氏名		保険 五郎			
本 籍			筆 頭 者 氏 名		
母 の 氏 名	出 生 児 氏 名	出 生 年 月 日	平 成 年 月 日		
上記のとおり相違ないことを証明する。平成 年 月 日					
市 区 町 村 長 名					

① 被保険者が出産したための申請の場合は「被保険者」に○をしてください。被扶養者が出産したための申請の場合は「家族」に○をしてください。

② 被保険者証の記号・番号が数字、漢字ひらがなのどちらの場合でも、左づめで記入してください。

③ 被保険者(申請者)本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。被保険者(申請者)以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。

④ 被扶養者が出産したための申請の場合は、被扶養者の氏名、生年月日を記入してください。被保険者が出産したための申請の場合は記入不要です。

⑤ 出産年月日を記入し、⑦に出生児数を記入してください。死産の場合は⑨に死産児数を記入し、⑩に妊娠経過期間を記入してください。

⑥ 多児出産の場合は出生児の氏名をすべて記入してください。

⑦ 医師・助産師による出産証明、または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明を受けてください。ただし、死産の場合は、医師・助産師に限って証明を受けてください。

添付書類について

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、出生が確認できる書類(戸籍謄(抄)本、戸籍記載事項証明書、登録原票記載事項証明書、出生届受理証明書、母子健康手帳(原本提示)、住民票など)を添付してください。
2. 医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書のコピー及び出産費用の領収・明細書のコピーを添付してください。(代理契約に関する文書には、「代理契約を医療機関等と締結していない旨」及び申請先となる「保険者名」が記載されています。領収・明細書には、「直接支払制度を用いていない旨」の記載及び「産科医療補償制度の対象分娩であることを証する所定の印」が押印(該当する場合のみ)されています。)
3. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。(翻訳文には、翻訳者が署名し、住所及び電話番号を明記してください。)

振 込 希 望 口 座	①	1 金融機関	②	③	④
		金融機関コード	銀行	金庫	店・本店 支店 出張所
			信組	信連・信漁連	本所・支所 本店・支店
		②	③	④	
		預金種別 ①:普通 ②:当座 ③:別段 ④:通知 ⑤:貯蓄	口座番号 1 2 3 4 5 6 7	口座名義 (フリガナ) ケンボ タロウ	
				健保 太郎	

給付金に関する受領を代理人に委任する（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	⑤	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。		平成 年 月 日
		住所	被保険者 (申請者)	氏名
		代理人の 氏名と印	(フリガナ)	委任者と 代理人 との関係
		代理人の 住所	(〒 -)	電話 ()

社会保険労務士の 提出代行者印	平成 21 年 11 月 2 日提出	交付日付印
--------------------	--------------------	-------

① ご希望の振込金融機関について記入してください。

② ③、④の欄は、ご希望の振込金融機関口座の銀行・支店名等及び預金種別を記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、ゆうちょ銀行と店名（支店名）を必ず記入してください。

③ 口座番号欄は左づめで、大きくはっきりと記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、従来の口座番号（記号・番号（13桁））ではなく、振込専用の新しい口座番号（7桁）を記入してください。

④ 口座名義の氏名、フリガナを大きくはっきりと記入してください。なお、「口座名義」が被保険者（申請者）と異なる場合は、⑤の「受取代理人の欄」の記入が必要です。

⑤ 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。受取代理人の欄の被保険者及び受取代理人の印は必ず押印してください。（受取代理人の印は、被保険者の印と別の印鑑で押印してください。）

出産育児一時金の支給要件等

■ 出産育児一時金の支給要件

被保険者本人が出産した場合は出産育児一時金が支給され、被扶養者が出産した場合は家族出産育児一時金が支給されます。

一時金の対象となるのは、妊娠4ヵ月（85日）以上の出産で、早産、死産、流産、人工妊娠中絶（経済的理由によるものも含む）も含まれます。

<資格喪失後に出産した場合>

被保険者の資格を失った場合でも、資格喪失日の前日（退職日等）までに被保険者期間が継続して1年以上あり、資格喪失後6ヵ月以内に出産した場合は、出産育児一時金の支給を受けることができます。

■ 支給額

1児につき42万円が支給されます。ただし、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週に達した日以後の出産（死産を含む。）でない場合にあっては39万円が支給されます。

（流産は在胎週数22週未満において生ずるものであり、人工妊娠中絶も在胎週数22週未満において行われるものであることから、これらの場合は、39万円が支給されます。）

なお、平成21年9月30日以前の出産は、38万円（産科医療補償制度の対象分娩でない場合は、35万円）が支給されます。

出産育児一時金の医療機関等への直接支払制度があります。また貸付制度もあります。

■ 直接支払制度（医療機関等によっては、対応していない場合があります。）

被保険者が医療機関等との間に、出産育児一時金の支給申請及び受取に係る代理契約を締結の上、出産育児一時金の額を限度として、医療機関等が被保険者に代わって出産育児一時金の支給申請及び受取を直接全国健康保険協会と行うことにより、医療機関等の窓口において出産費用を支払う経済的負担の軽減を図るものです。（家族出産育児一時金も同様です。）

詳しくは全国健康保険協会都道府県支部までお訊ねください。

○ 分娩に要する費用が42万円（または39万円）を超えた場合

出産育児一時金42万円（または39万円）を医療機関等にお支払いしますので、被保険者は出産育児一時金を超えた額を医療機関等の窓口でお支払いすることとなります。

○ 分娩に要する費用が42万円（または39万円）以下の場合

分娩に要した費用額を医療機関等にお支払いします。また、出産育児一時金42万円（または39万円）と分娩に要した費用額の差額については、申請していただくことにより被保険者にお支払いします。

■ 出産費貸付制度

出産育児一時金が支給されるまでの間、分娩に要する費用が必要な場合に、無利子の貸付制度があります。詳しくは全国健康保険協会都道府県支部までお訊ねください。