

健 保 記 入 欄	産科医療補償制度	あり・なし	常務理事	事務長	担当
	支給額	法定給付	円		
		付加給付	円		
		(合計)	円		

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金支給申請書

【直接支払制度を利用しない場合又は海外で出産した場合】

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	提出日	年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		
	被保険者証 記号番号	記号	資格取得 年月日	平 令	年	月	日	資格喪失 年月日 *喪失後の場合	平 令	年 月 日
		番号								
	被保険者 (請求者) 氏名				被保険者 (請求者) 住所		〒			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日				住所		電話 ()		
	所属及び 部署名						電話 ()			
	被扶養者の出産 である場合は その者の氏名	フリガナ		被保険者と 出産した者 の続柄		出産 年月日		令和 年 月 日		
	出生児の数	単胎・多胎(児)		出生児が被保険者の 被扶養者であるかどうか		ある・ない		出生児が被保険者の 被扶養者でないときはその理由		
	出産した 医療機関等の 名称・所在地	(名称)		(所在地) 〒						
	出産した医療機関の産科医療補償制度加入の有無	有・無				電話 ()				
①被保険者が資格喪失後6ヶ月以内の出産で申請する場合、現在の保険証の保険者名・記号番号等ご記入ください。				保険者名		(国民健康保険又は、健保組合名など)				
②被扶養者が認定後6ヶ月以内の出産で申請する場合、以前加入していた保険証の保険者名・記号番号等ご記入ください。				保険者連絡先		電話 ()				
				記号		被保険者氏名 (世帯主名)				
				番号						

※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。

医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 欄	出産年月日	年 月 日		生産又は 死産の別	生産・死産			
	出生児の数	単胎・多胎(児)			(妊娠第 月又は第 週)			
上記のとおり相違ないことを証明する。								
年 月 日								
医療施設名の名称・所在地								
医師・助産師名								
電話 ()								
市 区 町 村 長 の 証 明 欄	本籍				筆頭者氏名			
	出生届出日	年 月 日		出生児氏名	出生年月日		年 月 日	
	上記のとおり相違ないことを証明する。							
年 月 日								
市区町村長名								
印								

給付金振込先

給付金は、会社へ届出されている給与振込口座へ振込します。

*マイポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。□

(利用する場合のみチェックしてください。口座情報の反映には登録から数日を要します。)

*退職された方は、「給付金振込口座届」にて給付金の振込先を別途確認させていただきます。

《添付書類》

- ① 医療機関等から交付された直接支払制度に関する合意文書の写し
- ② 医療機関等から交付された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)

受付日付印

【送付先】

郵送の場合 : 〒160-0023 東京都新宿区西新宿8-19-1 小林ビル511号室 大気社グループ健康保険組合

大気社グループ健康保険組合