




# 記入例


## 出産育児一時金・付加金 家族出産育児一時金・付加金

## 支給申請書

医療機関等から交付された領収書・明細書の写し（産科医療補償制度対象分娩については、産科医療補償制度加入機関の領収書・明細書の写し）  
産科医療補償制度加入機関の領収書・明細書の写し（産科医療補償制度対象分娩については、産科医療補償制度加入機関の領収書・明細書の写し）

①被保険者証記号番号	記号 1000 番号 100	②被保険者(申請者)氏名及び印	健保 一郎 
③事業所名称	情報サービス株式会社	任意継続の方は、「任意継続」	
④被保険者(申請者)住所・電話番号	〒460-0000 愛知県名古屋市中区錦〇〇-×× TEL(052)〇〇〇-××××		
⑤出産年月日	平成 31年4月10日	⑥生産・死産の別	生産・死産(妊娠週) <b>1</b>
⑦家族の出産であるときは、その氏名と生年月日	氏名 健保 花子	続柄 妻	生年月日 昭和 2年6月25日 平成
⑧出生児の氏名	<b>2</b> 健保 愛	⑨出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で <b>ある</b> ・ない
被扶養者でないときはその理由	1. 夫の被扶養者になる 2. その他( )		
⑩被保険者が出産した場合	該当する支給条件はどちらですか 1. 被保険者期間中の出産 2. 資格喪失後6ヵ月以内の出産 〔2の場合は出産日現在加入している医療保険制度を下欄⑪に記入してください〕	⑪家族(被扶養者)が出産した場合	当健保の加入から6ヵ月以内の出産であるか 1. なし 2. <b>ある</b> 〔2の場合は以前加入していた医療保険制度を下欄⑪に記入してください〕
⑬⑪制度名及び保険者	情報興産 健康保険組合	加入時の氏名	保険証記号番号
協会けんぽ 国民健康保険 市町村名( )	支部 名古屋 花子	記号	番号
		あいう	12345
※資格喪失後6ヵ月以内に出産した被保険者が請求する場合のみ記入してください			
振込希望の銀行名	本・支店名	預金種別	口座番号
銀行	店・本店	1.普通	フリガナ
金庫	支店		
信組	出張所	2.当座	
請求金額の受領を下記の者に委任します。			
令和 1年 5月 2日	<b>5</b>	被保険者氏名	健保 一郎 
委任された者の			押印省略不可
事業所所在地	愛知県名古屋市中区錦〇〇-△△		
事業所名称	情報サービス株式会社		
代表者氏名及び印	情報 太郎 		

同一印での捺印をお願いします

⑬⑫医師・助産師による証明の場合	出生者氏名	健保 花子	出生年月日	平成 31年4月10日
	出生児の数	<b>単児</b> ・多児(児)	生産・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	医療施設の所在地	情報病院	
	令和 1年 5月 1日	名称	愛知県名古屋市中区〇×-〇×	
		医師・助産師氏名	健康 大一	
⑬⑭市区町村長による証明の場合(生産のみ)	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
	令和 年 月 日	市区町村長名		印

備考欄

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。  
(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また、事業主様経由で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類(申請書の提出を事業主に委任する内容を記載した文書)」及び「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要となります。)

愛知県情報サービス産業健康保険組合

- ① 死産のときは、妊娠何週目の死産か記入してください。
- ② 多胎のときは氏名を併記してください。
- ③ 被保険者が資格喪失後6ヵ月以内に出産した場合、又は被扶養者が出産日以前6ヵ月以内に勤務経験がある場合に記入してください。
- ④ 被保険者が資格喪失後6ヵ月以内に出産した場合は、振込希望の銀行口座を記入してください。
- ⑤ 被保険者が出産育児一時金・家族出産育児一時金請求時に在職中のときは、一時金は事業所振込になりますので、事業所名称・所在地・代表者氏名の記入及び代表者印の捺印をお願いします。
- ⑥ 病院又は市区町村役場で証明をもらってください。