

健康保険組合使用欄	受付	【必要な添付書類】 ・「出産費用に係る領収・明細書の写し」  (代理受取欄に「500,000円(※)」、産科医療補償制度掛金欄に「12,000円」などの記載があるもの)  ※出産費用が50万円に満たない場合は、実費が記載されています。  ※出産日が令和5年3月31日以前の場合は、42万円です。(42万円に満たない場合は、実費)	当者
	伺年		
	決表		
	支給		
	支給		
	内訳		
振込			
内訳	被保険者	円	

被保険者・家族 出産育児一時金/付加金申請書

被保険者ご記入欄	(1) 直接支払制度利用の有無	1. 有 2. 無				
	(2) 被保険者等記号・番号	記号: 00	(3) 所属事業所	名称	〇〇株式会社 〇〇営業所	
		番号: 1111		所在地	東京都中央区新川〇-〇-〇 (TEL) 03-0000-1111	
	(4) 出産した方の氏名	健保 花子		(5) 出産した方の生年月日	平成 2年11月 2日	
	(6) 出産した年月日	令和 6年11月 1日				
	(7) 分娩した場所	医療施設等の名称	〇〇病院			
		医療施設等の所在地	東京都中央区新川〇-〇-〇			
	(8) 生産または死産の別	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在				
	(9) 「生産」の場合 出生児数	1人	「死産」の場合 死産児数	人	「死産」の場合 妊娠経過期間	満 週
	(10) 同一の出産について、 他の保険者より出産 育児一時金を	1. 受けた/受ける予定 2. 受けない				
	(11) 振込口座	給与口座 (任意継続被保険者の方は、振込ご指定口座)				
	(12) 備考					
	(13) 上記のとおり申請します。	令和 6年12月10日 〒111-2222 (被保険者) 住所: 東京都中央区新川△-△△-△△ (TEL) 03-2222-3333 氏名: 健保 太郎 印 日本NCR健康保険組合 理事長 殿				

直接支払制度を利用した場合は記入不要です。	医師・助産師、または市区町村長が証明する欄	(14) 分娩年月日	年 月 日	(15) 生産・死産の別	生産・死産 (妊婦第 月又は第 週)			
		(16) 出生児の数	単胎・多胎 ( 児)					
		(17) 上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 印						
		(18) 本籍				(19) 筆頭者氏名		
		(20) 出生届出日	年 月 日	(21) 出生児氏名			(22) 出生年月日	年 月 日
		(23) 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						

\*直接支払制度を利用しなかった方で、やむを得ず上記証明を受けられなかった場合は、母子手帳の中にある出生届出済証明の写しを添付してください。