健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

申請日：　令和　　年　　月　　日

被保険者記入欄					
① 被保険者等		② 被保険者の氏名	③ 被保険者の生年月日		④ 被保険者の事業所名称
記号	番号	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	昭和　年　月　日 平成		
⑤ 被保険者の住所	〒　　－ 日中連絡が取れる電話　　（　　）				
⑥ 出産した年月日	令和　　年　　月　　日	⑦ 生産または死産の別	生産 ・ 死産 ・ 生産、死産混合		
⑧ 生産の場合出生児数	人	⑨ 死産の場合死産児数	人	死産の場合妊娠経過期間	満　　週
⑩ 出産した者が被扶養者の場合	氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日	昭和　年　月　日 平成	被保険者との続柄
⑪ 健康保険の加入状況について	1. 当健保の扶養認定後、又は資格喪失後6ヶ月以内の出産ですか。		はい ・ いいえ		
	2. 「はい」の場合、該当する保険者名と保険証の記号番号をご記入ください。 □当健保の扶養認定後6ヶ月以内の方・・出産前6ヶ月以内に加入していた保険者 □当健保の資格喪失後6ヶ月以内の方・・現在加入している保険者		保険者名		
			記号	番号	
⑫ 委任欄	本申請に基づく給付金の受領は事業主に委任します 被保険者氏名 ※ ⑬に該当される方は記入しないでください				
⑬ 任意継続被保険者の方および退職・休職等により事業主経由で給付金を受け取ることができない方は、振込口座をご指定下さい なお、振込指定口座は被保険者名義の口座に限ります					
金融機関名		支店名		種別	□ 普通 □ 当座
口座番号		口座名義（カタカナ）		⑭備考欄	

【申請及び支払いについて】

申請が必要な方	出産育児一時金直接支払制度を利用せず、病院の窓口で全額お支払いをされた方
申請方法	【在職中の方】 原則、各事業所の担当課経由で提出してください。 【任意継続被保険者および資格を喪失されている方】 当健康保険組合へ直接提出してください。
個人番号について	被保険者等の記号・番号ではなく、個人番号により申請をされたい場合は、⑭備考欄に個人番号を記入してください。 なおその場合、個人番号確認及び本人確認や委任状等が必要になりますので、事前に当健康保険組合までご連絡ください。
支払方法および支払時期	当健康保険組合にて**毎月25日**までに受領した申請分を、翌月にお支払いいたします。 【在職中の方】 原則、事業所経由での支払いとなり、事業所には20日または月末に支払います。 事業所からの支払時期につきましては各事業所の担当課へお問い合わせください。 【任意継続被保険者および退職・休職をされている方】 原則25日にご指定の口座へ直接お振込みいたします。

【添付書類について】

全員必須	□ 出産(分娩)費用明細書(写) ※ 産科医療保障制度対象の分娩については、『産科医療保障制度対象の分娩です。』の文言が明記されているもの □ 医療機関との『直接支払制度合意文書』(写)
出産又は死産が証明できる書類(いずれかひとつ)	□ 母子手帳の出生届出済証明のページ(写)　□ 死産届の死産証明書(写) □ 出産届の出生証明書(写)　□ 死胎埋火葬許可証(写)
該当者のみ	扶養認定後、又は資格喪失後6ヶ月未満の出産の方 ・・・ 出産育児一時金に係る保険加入状況の申告書

健保受付印

使用欄 健保	支給決定額	円	支払方法	事業所経由 ・ 個人振込	支払日	
	参加医療保障制度	有 ・ 無 〔 海外 □	妊娠12W(4ヶ月)以上22W未満 □ 〕			

ADEKA健康保険組合
202505