

出産育児一時金

支給申請に必要な書類
(直接支払制度を利用しない場合)

申請書は全**2**ページです。
以下の添付書類とあわせて提出してください。

印刷設定(両面・片面)の指定はありません。

- 申請書① → 申請者の情報など……申請者(被保険者)が記入
申請書② → 申請内容……申請者(被保険者)が記入
証明欄……記入医師・助産師または市区町村長に
証明を受けてください

【添付書類】

- 直接支払制度を利用していないことが確認できる書類(病院等が発行したもの)
(領収・明細書に「直接支払制度を利用していない」ことが記載されている場合は、その写し)
- 分娩費用内訳明細書(領収書)の写し
(産科医療補償制度の対象となる分娩の場合は、所定のゴム印が押印されたもの)

※申請書②の下欄に医師などの証明が受けられない場合は、戸籍謄(抄)本、住民票など、**出生(死産)が確認できる書類**を添付してください。

【直接支払制度】

出産前に、被保険者または出産する方が、出産する病院等との間で健康保険から支給される「**出産育児一時金**」の受取りに関し契約を結び、病院等が被保険者に代わって請求を行う制度です。これにより、被保険者等は、出産時に高額な出産費用を病院に支払う必要がなくなります。(一部、この制度が利用できない病院等があります)

出産育児一時金

支給要件等について

出産を行った病院等で出産育児一時金の「直接支払制度」を利用しなかった場合の支給申請となります。

【支給要件について】

被保険者又は被扶養者が、妊娠4ヶ月（85日）以上の出産であること

【支給額について】

出産育児一時金は、1児につき50万円（令和5年3月31日までの出産の場合は42万円）
ただし、「産科医療補償制度（※）」に未加入の医療機関等で出産した場合や妊娠週数22週未満で流産・中絶した場合は、1児につき488,000円（令和5年3月31日までの出産の場合は408,000円）になります。

「産科医療補償制度」（※）

出産時に何らかの原因により、重度脳性まひになった赤ちゃんとご家族の経済的負担を保障するとともに、その原因の分析と再発防止に役立てるための制度となっており、1分娩あたりの掛け金の12,000円を健康保険組合が負担しています。

（ほとんどの病院等はこの制度に加入しています）

【退職後に出産した場合】

被保険者が退職後に出産する場合は、退職後に加入する健康保険か、退職前の健康保険のいずれかで支給を受けることとなりますが、退職前の健康保険で支給を受ける場合は、以下の①・②すべての要件を満たす必要があります。

①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年以上あること。

（任意継続被保険者期間は除く）

②資格喪失後6ヶ月以内に出産したこと。

健康保険 出産育児一時金 支給申請書

1

申請者（被保険者）
記入

※直接支払制度を利用しない場合の申請書です

申請者（被保険者）情報	被保険者証 記号番号	—	生年月日		
			昭和 平成	年	月 日
	氏名	(フリガナ)			
	住所	(〒 —)	都道 府県		
電話番号	勤務先	—	—	日中（平日）に連絡がつく電話番号を記入してください。	
		携帯・自宅等	—	—	

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
		金融機関コード	支店コード
	預金種別 (該当に○)	普通 当座	口座番号 (左づめ)
口座名義	(フリガナ)	口座名義 の区分 (該当に○)	被保険者（申請者） 代理人

代理人の場合は必ずご記入ください。

受取代理人の欄	委任者 (被保険者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日	
		氏名	住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	(〒 —)	TEL ()	委任者と 代理人との 関係	
		住所 (フリガナ)	氏名		

2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険出産育児一時金支給申請書

②

申請者（被保険者）
医師・助産師、
市区町村長 記入

※直接支払制度を利用しない場合の申請書です

被保険者氏名

申請内容 (該当するものに○をつけ、必要事項を記入してください)	1 出産した者	氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	2 出産した年月日	令和	年	月	日		
	3 生産または死産の別	生産	死産	生産・死産混在			
	「生産」の場合出生人数	人					
	「死産」の場合死産児数	人	妊娠経過期間	満	週		
4 出産した医療機関等	名称	所在地					
5 退職後の出産ですか	はい	いいえ					
	「はい」の場合、現在加入している健康保険の保険者名と記号・番号をご記入ください。	保険者名	記号・番号				

《証明欄》 医師・助産師または市区町村長のいずれかの証明を受けてください

医師・助産師の証明	出産者氏名	出生年月日	令和	年	月	日
	出生児の数	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。 令和 年 月 日 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名					

市区町村長の証明 (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	令和	年	月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名					