健康保険　被保険者 / 被扶養者　出産育児一時金支給申請書

【直接支払制度利用なし または 海外で出産した場合】

※消えないボールペンでご記入ください。

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名	電話(内線)
	氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	昭和 平成　年　月　日
	住所	〒 電話　(　)			
	社員番号			ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	

申請内容	出産した方 (該当に○)	本人(被保険者) ・ 家族(被扶養者)		出産した方の氏名				
	出産した 年月日	令和　年　月　日		出産した方の生年月日	昭和 平成　年　月　日			
	生産または死産の別(該当に○)	生産 ・ 死産 ・ 生産、死産混在	生産児数	人	死産児数	人	死産の時は妊娠経過期間	満　週 (　)日
	出生児の氏名		被保険者と出生児の続柄				出産児は被扶養者か	はい いいえ
	出産した医療機関名称		出産した医療機関住所					
	■下記に該当する場合に記入 1. 被保険者が退職後6か月以内の出産→ 現在加入している保険者名・記号番号 等 2. 被扶養者が認定後6か月以内の出産→ 以前加入していた保険者名・記号番号 等		保険者名	電話　(　)				
			記号-番号	―				

※被保険者本人名義の口座情報をご記入ください。
※ゆうちょ銀行は記号・番号を口座情報に変換してご記入ください。

振込先情報	金融機関名称	銀　行 信用金庫	本店 支店	支店番号		
	預金種別	普通 当座　その他(　)	口座番号		口座名義 (カタカナ)	

【添付書類】
1. 医療機関等との合意文書の写し
2. 分娩機関が発行する領収書の写し
※海外で出産した場合は出産した事実を証明するものと領収書の写しを添付してください。(日本語訳必須)

■証明欄(いずれか一方の証明を受けてください)

医師・助産師	出産者氏名		出産年月日	令和　年　月　日
	出生児の数	単胎・多胎(　児)	生産または死産の別	生産・死産(妊娠第　月または満　週　日)
	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	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　㊞				

備考	個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し　②個人番号記載の住民票の写し　③個人番号カード(両面)の写し　のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し　のいずれか1点 ☐ 公金受取口座を利用する場合はチェック☑して下さい。なお振込先情報欄へ記入された場合は記入口座を優先します。	

受付日付印

東和薬品健康保険組合

(2026.5.11)