

同年月日	令和 年 月 日
支払年月日	令和 年 月 日
直接支払制度記入欄	国保・基金 令和 年 月 日請求 請求未( / 現在)・利用なし
代理受取額	内払金 円 支払額 円 法定付加 円

出産育児一時金・付加金	円
支給出産育児一時金	円
内訳出産育児一時金付加金	円

支給支払決議書			
常務理事	事務長		
出産した日	令和 年 月 日		
資格取得日	平成・令和 年 月 日		
資格喪失日	平成・令和 年 月 日 カ月以内の出産		

**被保険者口出産育児一時金内払金支払依頼書・差額申請書(直接支払制度利用)  
健康保険家族口出産育児一時金・付加金請求書(出産費全額自己負担)**

年 月 日提出

被保険者が記入するところ	① 直接支払制度利用の有無	直接支払制度を □利用した(自己負担なし・差額あり) □利用していない				② 事業所名(会社名)		③ 所属・部署名		
	④ 被保険者の記号・番号	記号	番号	被保険者(⑤(請求者)の氏名)	(フリガナ)					
	⑥ 被保険者の現住所	〒 -				⑦ 日中連絡のとれる電話番号				
	⑧ 被扶養者(家族)が出産した場合	被扶養者(家族)の氏名			続柄	被扶養者(家族)の生年月日 昭和 年 月 日				
	⑨ 出産した年月日等	令和 年 月 日			生産児数 人	死産児数 人	死産の場合はその旨と妊娠経過期間 (妊娠 カ月・週)			
	⑩ 被保険者と出生児の続柄				出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか			ある ない	被扶養者でないときはその理由 □配偶者の扶養 □( )	
	⑪ 出産した医療機関等	名称				⑫ 被保険者の銀行口座	銀行 支店 (普通・当座)No.( ) (口座名義・カタカナ).( )			
	⑬ 被保険者(本人)が出産した場合	今回の申請は、退職等により共同健保の被保険者資格喪失後、6カ月以内に出産したことによる申請ですか。			□はい→ □いいえ	資格喪失後に加入の健康保険の名称等	現在加入の健康保険の名称 記号 番号			
	⑭ 被扶養者(家族)が出産した場合	今回の申請は、家族が共同健保の扶養対象と認められてから6カ月以内に出産したことによる申請ですか。(扶養認定日は被保険者証に掲載)			□はい→ □いいえ	共同健保の被扶養者認定前の健康保険の名称等	加入していた健康保険の名称 記号 番号			
						被保険者氏名	(本人・家族)			
						被保険者氏名	(本人・家族)			

※直接支払制度を利用していない場合は、下記の証明が必要です。(※死産の場合は、医師・助産師の証明が必要。)

⑯ 医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	医師又は助産師の証明	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)	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠第 カ月・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 医療施設の名称 医師・助産師の氏名		
市区町村長の証明	本籍			
	出生届出日	筆頭者氏名		
	出生年月日	出生児氏名		
	上記のとおり相違ないことを証明する。			

受付日付印

**【添付書類】**

- 『合意文書』の写し(医療機関等から交付される直接支払制度活用に関する文書)
- 『出産費用の領収・明細書』の写し、または『出産費用明細書』の写し  
直接支払制度を利用の場合は「専用請求書と相違ない旨」の記載、  
利用していない場合は「直接支払制度を用いていない旨」の記載、  
及び「産科医療補償制度の加算対象出産であることを証するスタンプ」の押印(該当する場合のみ)  
がなされています。
- 『出生が確認できる書類』医師・助産師又は市区町村長の証明を受けられない場合は(出生届出受理証明書、  
母子健康手帳(出生届出済証明)のコピー、戸籍謄(抄)本の原本、住民票の原本のいずれか)