

| | | | |
|-------------|---------------|--------------------------------|---|
| 伺 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 | 円 | 内払金 支払額 | 円 |
| 円 | | 法定 付加 | 円 |
| 円 | | 円 | |
| 出産育児一時金・付加金 | | 円 | |
| 支給 内訳 | 出 産 育 児 一 時 金 | 円 | |
| | 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 | | |
| | ヵ月以内の出産 | | |

健康保険 被 保 険 者 □ 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）
家 族 □ 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 | | 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 平成 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 ヲ月・ ヲ週) | |
| | 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ヵ月以内に出生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 被保険者氏名 (本人・家族) | |
| | 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ヵ月以内に出生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) | |

※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。)

| | | | | | |
|-----------------------|------------|--|-----------------|-----------|----------------------|
| ⑮ 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 ヲ月・ ヲ週) |
| | | 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 | 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。 令和 年 月 日 市区町村長名 ㊟ | | | |

【添付書類】
1. 『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）
2. 『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。
3. 『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)

受付日付印