

健 保 記 入 欄	支給年月日		産科医療補償制度 有・無	取得日 (認定日)		常務理事	事務長	係
	支給金額	円	給与払い 個人払い ()	備考				

被保険者⇒日本カイン健康保険組合 御中

A4白黒片面で印刷してください

被保険者
家族

出産育児一時金支給申請書

令和 XX 年 XX 月 XX 日提出

被 保 険 者 情 報	被保険者証の記号・番号		所属	〇〇〇〇〇〇	生年月日		
	1	XXXXX	社内TEL	XXXXXXXX	年号	平成 XX 年 XX 月 XX 日	昭和
	被保険者の氏名		(フリガナ) ケンポ ケンタ		個人番号(被保険者証の記号番号が不明な場合) 記入した場合は、本人確認書類が必要です。 (手続きは健保組合へ問い合わせください) 被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。		
	被保険者の住所		郵便番号	愛知 都道府県	〇〇〇〇〇-1-2-3		
		名古屋市 区 郡		TEL 090(123)4567			
支給方法		在籍中の給付金は事業所に振込み、事業所より給与に合算して支給されます。(任意継続者は登録口座へ振り込みます) ※上記には同意せず、マイナポータル等の事前登録した公金受取口座を利用したい方や本人口座への直接振込を希望される場合は別途手続きが必要になります。					

被 保 険 者 記 入 欄	1申請理由 (該当する理由を選択)	① 直接支払制度を利用しなかった。 2. 海外で出産した。				
	2出産した者	1.被保険者 ②家族(被扶養者)				
	3出産した者の氏名	氏名	健保 康子	生年月日	昭和 平成 XX 年 XX 月 XX 日	続柄 妻
	4出産した年月日	令和 XX 年 XX 月 XX 日	5生産または死産の別	① 1.生産 2.死産 3.生産・死産混在		
	5-1「生産」の場合 出生児数	()人	5-2-3「死産」の場合 死産児数	()人	5-2-3「死産」の場合 妊娠からの週数及び日数	満 () 週
	6出産した医療機関等	名称 所在地				
	7出産した方	●被保険者⇒退職後6か月以内の出産ですか。 ●被扶養者⇒日本カイン健保に加入後6か月以内の出産ですか。				1.はい ②いいえ
7-1	「はい」の場合「保険者名」と「記号番号」を記入してください。 ●被保険者⇒現在加入している保険者について ●被扶養者⇒出産の6ヶ月前に加入していた保険者(健康保険)について				保険者名 被保険証記号-番号	
7-1-(1)	同一の出産について、7-1の保険者より出産育児一時金を				1.受けた/受ける予定 2.受けない	

【注意事項】直接支払制度を利用した場合、出産育児一時金の請求は必要ありません。

受付日付印


「医師・市区町村長証明」・「添付書類」については2ページに続きます

被保険者氏名 **健保 健太**

※直接支払制度を利用しなかった場合のみ、以下の証明を受けてください。

証明欄 (いずれかの証明をもらってください)	医師・助産師による証明の場合	出産者氏名	出生年月日		令和	年	月	日	
		出生児の数	1.単胎 2.多胎 ⇒ ()児	生産または死産の別	1.生産 2.死産 ⇒ 満()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							
		直接支払制度を使用しなかった場合のみ、医師又は助産師の証明を受けてください							
証明欄 (いずれかの証明をもらってください)	市区町村長による証明の場合(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							
		印							

【添付書類】申請理由によって添付書類が異なります。

申請の理由	添付書類
1. 直接支払制度を利用しなかった	<ul style="list-style-type: none"> ■ 分娩機関より発行された出産費用明細書の写し ※産科医療補償制度対象分娩の場合、「産科医療補償制度の対象」と明記されているか所定スタンプが押印されていることが必要です 【参考：産科医療補償制度所定スタンプのイメージ】  ■ 合意文書の写し 直接支払制度を「利用しない旨」の記載されたもの 保険者名が記載されたもの
2. 海外で出産した	<ul style="list-style-type: none"> ■ 出生証明書の写し ■ 出生証明書の翻訳文(翻訳者の署名、捺印があるもの) ※公的機関の証明がなく現地の医師・助産師の証明のみの場合は、出産の事実について確認するために以下の書類や同意書を追加いただくことがあります ■ 帯同者以外は海外へ渡航したことがわかるものの写し(パスポート等) ■ 海外医療機関等に対して照会を行うことの同意書

※退職者で任意継続以外の方は、資格喪失後の請求のため下記の口座に振込下さい。

退職者(任意継続以外)	銀行名	銀行 農協 金庫 漁協 信組 その他()	本店 本所 代理店 支店 出張所 支所 本店営業部
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 <input type="checkbox"/> 2.当座	被保険者 (フリガナ) 口座名義
	口座番号	左詰めでご記入ください。	
	連絡先 電話:	()	
<input type="checkbox"/> マイナポータル等の事前登録した公金受取口座を利用したい(利用する場合は☑ 利用しない場合は上記を記入) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。			