被保険者記入用

被保険者家族 出産育児一時金 出産育児一時金付加金 支給申請書

被保険者記入欄

被保険者証の記号と番号	記号	番号	事業所名	
被保険者氏名			被保険者生年月日	昭和 平成 年 月 日
被保険者住所	〒 ―			
被保険者連絡先	電話番号	― ―	携帯番号	― ―
出産された方について ※被保険者である場合は記入不要です→	氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
出産年月日	令和 年 月 日	いずれかに○をつけてください↓ 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在		
生産の場合	出生児数 人	死産の場合	死産児数 人	妊娠経過期間 満 週
産科医療補償制度の登録を行い妊娠２２週以降の出産で いずれかに○をつけてください→			有 ・ 無	
出生児氏名 ※生産児のみ記載		続柄		
出生児が被扶養者でないときはその理由 いずれかに○をつけてください→			1 夫の扶養となるため 2 その他（ ）	
出産した医療機関等	名称			
	所在地	〒 ―		

被保険者名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。

振込先	銀行	支店	種別	口座番号	公金口座を利用
			普通		する・しない

出産した方が以下の①または②に該当する場合は、いずれかに○を付けて、下欄に記入してください。

６か月以内に ① 他の健康保険の被保険者から当健保の被保険者または被扶養者になった方

② 当健保の被保険者から他の健康保険の被保険者または被扶養者になった方

＜ ①の場合は加入していた健康保険 、②の場合は加入している健康保険を記入 ＞

健康保険名： 電話番号：

※協会けんぽは支部名、国保は市町村名を記入

記号： 番号： 加入期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

上記の健康保険に出産育児一時金を申請しますか(いずれかに○) → 申請した（または予定） 申請しない

※「申請した（または予定）」の場合は、当健保には申請できません。

出産育児一時金	円

出産育児一時金付加金	円

備考	

事業主記入欄	
事業所所在地	〒 ―
事業所名称	
事業主氏名	
電話	（ ）

社会保険労務士記入欄

受付印

2023年4月改定

被保険者
家族

出産育児一時金
出産育児一時金付加金 支給申請書

医師・市区町村長記入用

医師による証明書				
	出産者氏名		出産年月日	令和　　年　　月　　日
	出生児の数	いずれかに○をつけてください↓ 単胎　・　多胎 （　　児）	生産または 死産の別	いずれかに○をつけてください↓ 生産　・　死産（妊娠　　週）
	上記のとおり相違ありません。 令和　　年　　月　　日 大阪読売健康保険組合　殿		所在地　〒　　－ 医療機関名 電話　　（　　） 医師の氏名	

市区町村長による証明欄						
	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
	上記のとおり相違ありません。 令和　　年　　月　　日 大阪読売健康保険組合　殿			市区町村長名　　㊞		
	※お住まいの市町村の手数料条例で健康保険法196条（戸籍事項の無料証明）が指定されている場合は、無料で証明を受けられます。詳細は各市町村窓口にご確認ください。					

添付書類について

①医療機関等から交付される合意文書の写し

・医療機関等との間で直接支払制度の利用の有無について取り交わした文書。

・利用しない場合も提出してください。海外出産の場合は不要です。

②出産費用の領収・明細書の写し

・直接支払制度を利用する場合は、「代理受領」の金額が記載されているもの

・「産科医療保障制度」に加入する医療機関等は証明印入りのもの

・海外出産の場合は日本語訳を添付してください

③医師または市区町村長の証明がない場合

1.出生が確認できる書類

住民票、戸籍謄（抄）本、戸籍記載事項証明書、登録原票記載事項証明書、出生届受理証明書、母子健康手帳の写しなど

2.死産が確認できる書類

死産証書（死胎検案書）の写しなど

外国語の場合は日本語訳も必要です。

海外出産の場合

④海外に渡航した事実が確認できる書類（パスポート等）の写し

⑤海外の医療機関等に対して出産の事実、内容等の照会を行うことの同意書

海外で出産した場合にご記入ください

大阪読売健康保険組合　理事長殿

同　　意　　書
（誓　約　書）

令和　　年　　月　　日

＜被保険者証＞

記号		番号	

被保険者氏名	

出産者氏名	

私は、貴組合の出産育児一時金の支給について、関係諸機関に照会することに同意します。

後日、本件については、貴組合に対して一切の異議申し立てをしません。

2023 年 4 月改定