

出産育児一時金支給申請書 記入例

パッケージ工業健康保険組合 | 業務課 03-3624-7421

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

① 被保険者等記号・番号は「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」、「マイナポータル（資格情報画面）」にてご確認ください。

② ①の被保険者等記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください。

③ 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。（住所、振込先口座も同様です。）

口座名義が被保険者（申請者）と異なる場合は「委任状」欄の記入が必要です。

④ なお、代理人（口座名義人）が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類（戸籍謄本、住民票など）の添付が必要となります。

添付書類

国内で出産

① 医療機関等から交付された合意文書の写し

直接支払制度に係る代理契約を医療機関等と締結していない旨及び申請先となる当組合名が記載されているもの

② 出産費用の領収・明細書の写し

注：産科医療補償制度対象分娩の場合は、産科医療補償制度に加入している医療機関であることを証明するスタンプが押印されたものとなります。

海外で出産

▶ 出生届を日本国内へ提出した場合

添付書類は不要です。当申請書の証明欄に市区町村長の証明を受けてください。

▶ 出生届を日本国内へ提出しない場合

(1) 当申請書の証明欄に医師又は助産師の証明を受け、次の書類を添付してください。

- ① 「出生証明書等の公的に出生を確認出来る書類の写し」又は「医療機関や医師等が発行した出生に関する証明書の写し」
- ② その翻訳文（翻訳者が署名し、住所及び電話番号を明記してください。）

(2) 当申請書の証明欄に医師又は助産師の証明がない場合は、次の書類を添付してください。

- ① 「出生証明書等の公的に出生を確認出来る書類の原本」又は「医療機関や医師等が発行した出生に関する証明書の原本」
- ② その翻訳文（翻訳者が署名し、住所及び電話番号を明記してください。）

* 公的書類の例：出生届書記載事項証明書、在住国の出生証明書、大使館・公使館・領事館発行の出生届受理証明

注：この申請書を事業所（事業主）経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に ☒ を付けてください。

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書				
① 被保険者等 記号・番号	被保険者等 記号・番号	記号 987 番号 6543	マイナンバー (記号番号が分からない場合は記入)	
	氏名	ケンボ ハナコ (フリガナ) 健保 花子	生年月日	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日
	住所	〒110-0000 東京 〇〇 区 〇〇 X-X 〇〇マンションX X X号 (株)〇〇〇〇	電話番号 (日中の連絡先)	090 1234 〇〇〇〇
③ 振込先	金融機関名称	〇〇〇〇 △△△△	預金種別	〇〇〇
	口座名義 (カタカナで記入)	ケンボ ハナコ	口座番号	1234567
	口座名義区分	被保険者・申請者、代理人		
④ 委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日	
	代理人 (口座名義人)	住所 氏名 被保険者との関係		
⑤ 出産した方 が家族の場合は その方の	出産した方 が家族の場合は その方の	☒ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)		
	氏名	生年月日 昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日 続柄		
	出産した年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日 生産児数 〇 人 死産児数 〇 人 死産のとき (妊娠経過期間) 〇 月 〇 週		
⑥ 出産した 医療機関等	名称	〇〇産婦人科医院	所在地 東京都△△区〇〇 X-X-X	
	他の健康保険 などに加入	出産日の前後6か月以内に他の健康 保険などに加入していた(いる)場合 ▶ 別途、「健康保険等加入状況の申告」を添付してください。		
⑦ 証明欄	▶ 医師・助産師による証明の場合			
	出産年月日 平・令 年 月 日 生産児数 単胎・多胎(児) 生産又は 死産の別 生産・死産(妊娠 月 週)			
	上記のとおり間違いないことを証明する。 医療機関の所在地・名称 令和 年 月 日 医師・助産師の氏名			
▶ 市区町村長による証明の場合(生産のみ)				
本 籍	出生年月日 平・令 年 月 日	出生地	出生年月日 平・令 年 月 日	
母の氏名	出生年月日 平・令 年 月 日	出生地	出生年月日 平・令 年 月 日	
上記のとおり間違いないことを証明する。 市区町村長				
※ 証明欄(出産育児一時金支給申請書の医師・助産師証明欄)の訂正については、証明者の訂正であることと確認できない場合(改ざんの可能性)も想定されます。訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。 市区町村長				
注:記入漏れ等があった場合は、返戻させていただきます。必ず記入漏れ等がないことを ご確認のうえご申請ください。				
社会保険労務士の 提出代行署名記載欄				
パッケージ工業健康保険組合 (96/12)				

⑤ 出産した方が家族の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。

⑥ 出産日の前後6か月以内に他の健康保険などに加入している(いた)場合は、別途、「健康保険等加入状況の申告」を添付してください。

⑦ 医師・助産師の証明又は市区町村長の証明を受けてください。(市区町村長の証明は「生産」のみとなります。)