

## 健康保険 出産育児一時金・家族出産育児一時金 支給申請書

記入方法及び添付書類については、裏面をご参照願います。

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） の 記 入 欄	被保険者証の 記号番号		(記号) _____ (番号) _____	事業所名		_____			
	被保険者 (申請者)の 氏名・印 及び住所		(フリガナ) _____	住所	〒 _____		TEL ( ) _____		
	被扶養者が出産したとき はその氏名・生年月日		氏名 _____		生年月日	平成 昭和	年	月	日
	出産年月日		平成	年	月	日	生産児数 人	死産児数 人	他の制度から出産育児一時金を受 けたかどうか
	出生児の氏名		(フリガナ) _____	被保険者 (申請者) との続柄		子 孫 その他( )	ア. 受けた		
	被扶養者の認定を受けた日から6ヵ月以内 に出産の場合は、以前加入していた被保険 者証の記号番号及び保険者名			(記号) _____ (番号) _____	イ. 受けていない(受けない)				
	資格喪失後の出産の場合は、新たに加 入した被保険者証の記号番号及び保険者名			(保険者名) _____					
ウ. 請求中									

口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人に欄」の記入が必要です。

振 込 希 望 口 座	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
	(フリガナ) _____	(フリガナ) _____	普通 当座 その他( )	_____	(フリガナ) _____

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。					
	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
	住所 _____			住所 _____		
被保険者 (申請者)		代理人				
氏名 _____		氏名 _____				

いずれか一方で差し支えありません。

医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 欄	出産者氏名	_____	出産年月日	平成	年	月	日	
	出生児の数	単胎・多胎( _____ 児)	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 _____ 週)				
	上記のとおり相違ないことを証明する。							平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	医療施設の所在地							⑩
医療施設の名称								
医師・助産師の氏名								
市 区 町 村 長 の 証 明 欄	本籍	_____					受付年月日	
	筆頭者氏名	_____	母の氏名	_____				
	出生児氏名	_____	出生年月日	平成	年	月		日
	上記のとおり相違ないことを証明する。							
市区町村長名							⑩	

## 記入するときの注意事項（添付書類含む）

被保険者（申請者）の記入欄、振込希望口座及び受取代理人の欄

1. 印鑑は、はっきりと押してください。
2. 振込希望口座が被保険者（申請者）と異なる場合は「受取代理人の欄」の記入が必要です。
3. 給付金の受け取りを代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に必要事項を記入してください（受取代理人の㊟は、被保険者（申請者）の㊟と別の印鑑で押印してください）。

医師・助産師または市区町村長の証明欄

1. 証明事項の訂正は、証明印と同じ印鑑を押印してください。
2. 医師又は助産師の証明が外国語でされている場合は、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名、住所等を記載したもの）を添付してください。

**注意：「医師・助産師の証明」または「市区町村長の証明」については、いずれか一方で差し支えありません。**

添付書類

1. 医師・助産師または市区町村長の証明を受けられない場合は、出生を確認できる書類  
戸籍謄（抄）本、出生届受理証明書、住民票、母子健康手帳（原本提示）など
2. 医療機関等から交付される、代理契約に関する文書の写し  
「直接支払制度に係る代理契約を締結していない旨」及び「申請先の保険者名」が記載されています
3. 医療機関等から交付される、出産費用の領収・明細書の写し  
産科医療補償制度加入の医療機関等で出産の場合は、所定の印が押印されています

ご請求及びお問い合わせは、大阪自転車健康保険組合までお願いします。

〒545-0023 大阪市阿倍野区王子町 1-4-28

TEL 06-6623-8888 FAX 06-6623-8877

**健康保険 出産育児一時金 内払(差額)金支払依頼書**  
**家族出産育児一時金**

の被 記入 険者 欄  (申 請者)	被保険者証の 記号番号		(記号) -	(番号) -		事業所名			
	被保険者 (申請者)の 氏名・印 及び住所	氏名	(フリガナ)		住所	〒 -		TEL ( )	
	被扶養者が出産したとき はその氏名・生年月日		氏名			生年月日	平成 昭和	年	月

口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人に欄」の記入が必要です。

振込 希望 口座	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
	(フリガナ)	(フリガナ)	普通 当座 その他( )		(フリガナ)

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日 住所 住所 被保険者 代理人 (申請者) 氏名 氏名								
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付年月日

**注意事項**

1. この用紙は、出産費用が42万円(産科医療補償制度未加入機関での出産の場合は39万円)未満で差額を請求する場合のみ使用してください。  
 他の保険者(制度)から出産育児一時金・家族出産育児一時金を受ける(受けた)場合は、内払(差額)金は請求できません。
2. 印鑑ははっきりと押してください。
3. 振込希望口座が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人の欄」の記入が必要です。
4. 給付金の受け取りを代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に必要事項を記入してください(受取代理人の印は、被保険者(申請者)の印と別の印鑑で押印してください)。

**添付書類**

1. 医療機関等から交付される、代理契約に関する文書の写し
2. 医療機関等から交付される、出産費用の領収・明細書の写し  
 産科医療補償制度加入の医療機関等で出産の場合は、所定の印が押印されています

ご請求及びお問い合わせ先

〒545-0023 大阪市阿倍野区王子町1-4-28

TEL 06-6623-8888 FAX 06-6623-8877

大阪自転車健康保険組合