健康保険　被保険者・被扶養者　出産育児一時金・付加金支給申請書

【直接支払制度利用なし または 海外で出産した場合】

被保険者（申請者）	健康保険の記号番号	記号	番号	生年月日	昭・平・令　年　月　日
	氏名（自署）	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	申請者住所 電話番号 等 （日中の連絡先）	〒 電話　（　）			

申請内容	出産した方 （該当に〇）	本人（被保険者）・家族（被扶養者）	出産した方の氏名					
	出産した年月日	令和　年　月　日	出産した方の生年月日	昭・平・令　年　月　日				
	生産または死産の別 （該当に〇）	生産・死産・生産死産混在	生産児数	人	死産児数	人	死産の場合妊娠経過期間	満　週 （　）日
	出産した医療機関名称		出産した医療機関住所					
	■下記に該当する場合に記入 1. 被保険者が退職後6か月以内の出産→ 現在加入している保険者名・記号番号　等 2. 被扶養者が認定後6か月以内の出産→ 以前加入していた保険者名・記号番号 等		保険者名	電話　（　）				
			記号-番号	－				

※被保険者（申請者）名義の口座について、いずれかご記入ください。

振込口座	☐　マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を希望する（希望者は☑、希望しない場合は下記に記入）					
	金融機関名称	銀　行 信用金庫	本店 支店	支店番号		
	預金種別	普通・当座	口座番号		口座名義 （カタカナ）	

■証明欄（いずれか一方の証明を受けてください）

医師・助産師	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）	生産または死産の別	生産・死産（妊娠第　月または満　週　日）	
	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	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　㊞					

備考	個人番号（健康保険の記号番号が不明な場合のみ記入）	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①個人番号カード（両面）の写し ②運転免許証やパスポートの写し、および個人番号記載の住民票原本（①が提出できない方のみ）	
添付書類	1. 医療機関等との合意文書の写し 2. 医療機関等が発行する領収書の写し ※海外で出産した場合は以下の書類を添付してください。 1.出産した事実を証明する証明書　2.出生証明書の日本語翻訳　3.領収書の写し 4.海外渡航期間がわかる書類（パスポート等）の写し　5.海外の医療機関等に照会することの同意書	

受付日付印

C&Rグループ健康保険組合