

健康保険

被保険者
家 族

出産育児一時金支給申請書

◎添付書類等については裏面に記載しています。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等 記号・番号	—		② 事業所の名称		
	③ 被保険者の氏名					
	④ 被保険者の住所	〒				
		電話 ()		/携帯 ()		
	⑤ 家族(被扶養者)が 出産した時は その氏名・生年月日	氏名		昭和 平成	年 月 日生	
	⑥ 出産年月日	令和 年 月 日	⑦ 生産・死産の別	生産・死産		
	⑧ 本人が出産 した場合	該当する方を選んでください。 1. 被保険者期間中での出産 2. 資格喪失後6ヵ月以内の出産 ※2.に該当する方は現在加入している 医療保険を下記に記入して下さい	⑨ 家 族 (被扶養者)が 出産した場合	家族があなたの被扶養者になったのはいつですか。 1. 出産の日より6ヵ月以上前 2. 出産の日より6ヵ月以内 ※2.に該当する方は被扶養者となる前に加入して いた医療保険を下記に記入して下さい		
	※医療保険(上記2に該当された方のみ記入してください)				記号・番号	
	健康保険組合・国民健康保険 協会けんぽ・共済組合				—	
	⑩ 振 込 先	口座名義人の氏名		預金種別	銀行・信用金庫 農協・信用組合	
ﾌｶﾞﾅ		普通・当座				
		(口座番号)	支店			

※ゆうちょ銀行の場合支店番を記入してください。

証 明 欄 (い ず れ か に 記 入 く だ さ い)	医師・助産師による 証明の場合	出生年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産
		出生児の数	単胎・多胎 (児)		死産 (妊娠第 週)
	上記の通り相違ないことを証明する。				
	令和 年 月 日		所在地 名称 医師・助産師名		
市 区 町 村 長 による 証明の場合	本 籍				筆 頭 者 名
	出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名	出生年月日	令和 年 月 日
	上記の通り相違ないことを証明する。				
令和 年 月 日		市区町村長名			㊟

※以下の欄は出産育児一時金の振込を代理人にする場合記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日	代理人の氏名	被保険者との関係
		ﾌｶﾞﾅ	
	被保険者氏名	代理人の住所・電話番号	
		〒	

電話 ()

大阪府貨物運送健康保険組合
〒536-8567 大阪市城東区鳴野西 2-11-2
給付係 06-6965-4052

<https://www.daika-kenpo.or.jp>

社会保険労務士の提出代行者

出産育児一時金の申請方法について

申請の対象になるもの

- ◎ 医療機関で直接支払制度を利用しなかった場合に申請できます。
医療機関で出産育児一時金の直接支払制度を利用し差額支給が発生した場合は、「出産育児一時金(差額)支払依頼書」にて申請を行ってください。
- ◎ 被保険者または被扶養者が出産した場合、出生児1児につき50万円*が支給されます。ただし、「産科医療補償制度」に未加入の医療機関等において出産した場合、または妊娠22週目以前の出産の場合は48万8千円*となります。
※出産とは妊娠85日(12週以上)の正常だけでなく、早産、死産、流産なども含まれます。

*印の金額は、令和5年4月1日以降の出産に適用されます。令和5年3月31日までの出産については、42万円(産科医療補償制度に未加入の分娩機関の場合は40万8千円)が適用されます。

添付書類と証明

※すべて必要です

- ◎ 分娩機関の領収書または請求書のコピー
- ◎ 直接支払制度を利用しないと記載されている合意書のコピー
- ◎ 申請書の証明欄に、医師・助産師または市区町村長どちらか一方の証明
死産の場合は医師・助産師の証明