

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>		
	氏名	(フリガナ)					<input type="checkbox"/> 平成
	住所	(〒	-)	都	道	<input type="checkbox"/> 令和
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()	府	県	
事業所名	所属(勤務)先						

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/> 左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	
<input type="text"/>			

<添付書類>

医療機関等から交付された直接支払制度を利用していないことを証明する書類の写し

産科医療補償制度加入機関における分娩の時は、その旨を証明する所定の印(スタンプ)のある領収・明細書の写し

以下のケースは追加の<添付書類>が必要となります。

申請書に医師・助産師または市区町村長の証明を受けられない場合	出生が確認できる書類	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、住民票等
	死産が確認できる書類	死産証書(死胎検案書)等
海外 出産	【K19-1】同意書	出産を担当した海外の医療機関に対し、ダスキン健康保険組合が照会することに関する同意書
	翻訳文	添付書類等の外国語記載の場合は日本語翻訳文<翻訳者の氏名自署・住所・連絡先を記載のこと>
	海外出産に係る申請で、出生子が被保険者の被扶養者ではないが日本国内に居住している場合	出生が確認できる書類 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、住民票等
海外出産に係る申請で、出生子が被保険者の被扶養者ではなく日本国外に居住している場合及び死産の場合	現地の公的機関が発行する戸籍や住民票等の出生の事実を確認できる書類	

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

所属事務所から届出済みのため記入不要です。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(R5.4)

受付日付印

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した者の氏名(サイン)をご記入ください。

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

申請内容	1 出産した者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族（被扶養者）	
	1 - ① 家族の場合はその方の	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	2 出産した年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産 <input type="checkbox"/> 3. 生産・死産混在	
	3 - ① 「生産」の場合出生人数	<input type="text"/> 人	3 - ② 「死産」の場合死産児数
		3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 <input type="text"/> 週
4 出産した医療機関等	名称	所在地	
5 出産した方	●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
5 - ① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 ●被保険者 → 現在加入している保険者について ●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について	保険者名		記号・番号
5 - ① - (1) 同一の出産について、6 - ①の保険者より出産育児一時金を	<input type="checkbox"/> 1. 受けた／受ける予定 <input type="checkbox"/> 2. 受けない		

証明欄 (いずれかにご記入ください)	医師・助産師による 証明の場合	出産者氏名	出生年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
		出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (<input type="text"/> 児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 <input type="text"/> 週)
		上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
		医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名		
証明の場合 (生産のみ)	市区町村長による 証明の場合	本籍	筆頭者 氏名	
	母の氏名	出生児 氏名	出生 年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
		上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 市区町村長名 <input type="text"/>		
		印 <input type="text"/>		

決定年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
支給年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日

健康保険組合決裁欄			
常務理事	事務長		担当