健康保険　被保険者 家族

出産育児一時金・付加金支給申請書

◎記入するときは、「注意事項」をご覧下さい

被保険者（請求者）が記入するところ

① 被保険者証記号・番号	・	② 事業所	大阪本社 ・ 東京本社 ・ 退職済
③ 被保険者氏名		④ 被保険者の生年月日	昭和 平成 年 月 日
⑤ 被扶養者の出産であるときは被扶養者の氏名		⑥ 被扶養者の生年月日	昭和 平成 年 月 日
⑦ 出産日	令和 年 月 日	⑧ 出産児数 人	⑨ 死産児数 人
⑩ 出産児の氏名		⑪ 出産児はあなたの被扶養者ですか	はい ・ いいえ

⑫ 次に該当する方は右欄をご記入ください。

・ 被扶養者が扶養認定後6ヶ月以内に出産した場合は「被扶養者が以前加入していた健康保険」について

・ 被保険者が資格喪失後に出産した場合は、「現在加入の健康保険」について

＊ 保険者名について
全国健康保険協会の場合は支部名を
国民健康保険の場合は市町村名を
記入してください。

被保険者証の　記号：　番号：

フリガナ

被保険者氏名：

保険者名：

全国健康保険協会　支部・健康保険組合・共済組合・国民健康保険

電話　（　　）　ー

上記のとおり請求します。 ⑫に該当する場合、上記の他の保険者には申請しません。
また、そのことについて当該保険者に対し当組合が確認することに同意します。

令和　年　月　日　⑬ 被保険者　住所　〒　ー

氏名

電話　（　　）　ー

※日中お電話がつながる番号をお書きください。

医師又は助産師が証明するところ

⑭ 出産年月日	平成・令和 年 月 日	⑮ 出生児の数	単胎 ・ 多胎 （ 児）
⑯ 生産 ・ 死産の別	生産 ・ 死産（死産の場合 妊娠第 週又は第 カ月）		

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日　⑰ 医療施設の名称・所在地

医師・助産師氏名　㊞

市区町村長が証明するところ

⑱ 本籍		⑲ 筆頭者氏名
⑳ 出生届の提出年月日	㉑ 出生児氏名	㉒ 出生年月日
平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日

㉓ 上記のとおり相違ありません。

令和　年　月　日

市区町村長名　㊞

いずれか一方で証明を受けてください

被保険者が記入するところ

㉔委任状

上記保険給付金の受領を

に委任します。

令和　年　月　日

被保険者氏名

㉕振込先口座

公金受取口座　☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します

利用する場合は☑。利用しない場合は下記の欄を記入

銀行 金庫 信組　店・本店 支店・出張所

預金種別　・普通 ・当座　口座番号

口座名義　フリガナ

◆提出先・照会先　ＪＡＳＴ健康保険組合
〒530-0005　大阪市北区中之島二丁目3番18号中之島フェスティバルタワー28階
TEL：06-4560-1008　E-mail：info@jastkenpo.or.jp

記入するときの注意事項

こちらは直接支払い制度をご利用されていない方が利用いただく申請書です。
直接支払い制度を利用された場合は、出産育児一時金の差額や付加金は出産から２～３か月後に
自動的にお支払い致しますので、健保組合からの案内をお待ちください。

・ 記入するときは、ボールペンを使用してください。
・ 提出するときは、記入もれのないように注意してください。
・ ⑭～⑰欄の「医師または助産師が証明するところ」または⑳～㉓欄の「市区町村長が証明するところ」
　については、いずれか一方で証明を受けてください。

被保険者が記入するところ

・ 標題は、被保険者が出産をしたときは「被保険者」を被扶養者が出産をしたときは「家族」を〇で囲んでください。
　同一の出産につき「出産育児一時金」と「家族出産育児一時金」の双方を受けることができませんので、
　ご注意ください。
・ ①欄、あなたの健康保険被保険者証に書いてある記号・番号を忘れずに記入してください。
・ ⑤⑥欄、被扶養者が出産をされた場合だけ記入してださい。
・ ⑩欄、出生児が複数のときは、それぞれの氏名を記入してください。
　※死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載不要です。
・ ⑫欄、他の医療保険制度に加入していた場合、または現在新たな保険に加入している場合、その旨記入してください。
　同一出産の重複受給防止のための保険者間の確認に必要です。
・ ⑬欄、住所は番地等を忘れないように（特に〇〇方、〇〇マンションなど）記入してください。
・ 海外で出産された場合で、医師または助産師の証明が外国語で作成されているときは、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。
・ 訂正したときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してく ださい。
　なお、被保険者が押印している場合は、上記の方法による訂正または押印による訂正のどちらかをしてください。
・ ㉕欄に、給付金の振込先口座を記入してください。
　振込先を被保険者以外の方の口座に指定する場合は、㉔欄と㉕欄ともに記入してください。

医師または助産師が証明をするところ

・ ⑭欄、出産をした年月日を記入してください。
・ ⑮欄、該当する文字を〇で囲み、多胎の場合は、胎児数を記入してください。
・ ⑯欄、該当する文字を〇で囲み、死産の場合は妊娠第何週目または第何月目であったかを記入してください。
・ 訂正したときは、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正印を押印ください。

市区町村長が証明をするところ

・ 出生の事実について、出生届提出先または本籍地の市区町村長の証明を受けてください。
　※死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、証明不要です。

添付書類について

医療機関等が発行する次の書類を添付してください。

● 出産育児一時金の「直接支払い制度を利用しない旨の合意文書」の写し
● 出産費用の内訳が記された「領収・明細書」の写し
　（※産科医療補償制度の対象分娩の場合は、所定のスタンプが押印されていることが必要）

◆提出先・照会先　ＪＡＳＴ健康保険組合
〒530-0005　大阪市北区中之島二丁目3番18号中之島フェスティバルタワー28階
TEL：06-4560-1008　E-mail：info@jastkenpo.or.jp