

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書 記入の手引き

被保険者または被扶養者が出産したときの費用の補助として支給されます。
 (医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用しなかった場合)

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1 / 2 ページ

2 / 2 ページ

申請書は、家族（被扶養者）の出産育児一時金支給申請であっても、被保険者ご自身がご記入ください。

被保険者が亡くなっている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

添付書類をご用意ください。

必ず添付いただくもの

- ①医療機関等から交付される直接支払制度を利用していないことを証明する書類のコピー
 (領収・明細書に「直接支払制度を利用していない旨」が記載されている場合は、そのコピーを添付いただければ結構です)
- ②産科医療保障制度の対象分娩である場合には、その旨を証する所定の押印のある領収・明細書のコピー

以下に当てはまる場合に添付いただくもの(いずれも原本が必要です)

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、登録標記載事項証明書、出生届受理証明書、母子健康手帳(原本提示)、住民票など
	死産が確認できる書類 (死産証書(死胎検案書)など)

※証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。

(翻訳文には、翻訳者が署名し住所および電話番号を明記してください。)

※被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合は、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等の原本を添付してください。

ご提出・お問合せ先

次ページに記入例があります。➡



〒178-8511 東京都練馬区東大泉1-19-43
 TEL 03-3978-2083 FAX 03-3978-2086

タムラ製作所健保

検索

1 記号・番号は被保険者証に記載されています。



2 家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。

被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所・振込口座も同様です。)
※生年月日は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

3 タムラ製作所健康保険組合に加入している会社にお勤めの方は振込先指定口座は記入不要です。口座名義の区分を「2. 代理人」を指定し、下の受取代理人の欄の被保険者欄に記名ください。それ以外の方(任意継続被保険者等)は振込先指定口座を記入し、口座名義の区分は「1. 申請者」を指定してください。受取代理人の欄は記入不要です。

4 被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。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。本人確認をするための添付書類は通知カードのコピーや、個人番号が記載された住民票の写し等の添付が必要となります。

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書		1 2	
		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)	6 7	1 2 3 4
	氏名 (フリガナ) ケンボ タロウ (自署) 健保 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
振込先 指定口座	住所	〒 1 7 8 - 1 2 3 4	東京 都 練馬区西大泉1-2-3
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 0 3 〇〇〇〇 △△△△	〇〇〇マンション201
	金融機関 名称	銀行 (普通) 〇〇〇〇 信用 (普通) 〇〇〇〇 その他 ()	本庁 (支店) 〇〇〇〇 支所 (支所) 〇〇〇〇
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号
	口座名義	口座名義の区分 2 1. 申請者 2. 代理人	
受取代理人の欄			
被保険者 (申請者) 自署	氏名 健保 太郎		住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
代理人 (口座名義人)	受取代理人(事業主) 記入欄		委任者と 代理人との 関係
備考欄			
社会保険労務士の 提出代行者記載欄			受付日印

「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 **被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です**

タムラ製作所健康保険組合 1/2

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

1 2
申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名 健保 太郎

申請内容	1 出産した者	2 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）		
	1-① 家族の場合はその方の	氏名 健保 花子	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 61 年 11 月 24 日	
	2 出産した年月日	令和 <input checked="" type="checkbox"/> X 年 03 月 15 日		
	3 生産または死産の別	1 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在		
	3-① 「生産」の場合出生人数	1 人	3-② 「死産」の場合死産児数	0 人
	3-②-① 「死産」の場合妊娠経過期間	満 <input type="text"/> 週		
4 出生児の氏名	健保 桜子			
5 出産した医療機関等	名称	〇〇病院	所在地	東京都〇〇区×××
6 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ヶ月以内の出産ですか。		1 1. はい 2. いいえ	
6-① 「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	〇〇県〇〇健康保険組合		
	記号・番号	123 - 5768 00		
6-①-① 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	2 1. 受けた／受ける予定 2. 受けない			

7 証明用（いずれかに記入してください）	医師・助産師による証明の場合	出生者氏名	健保 花子	出生年月日	令和 <input checked="" type="checkbox"/> X 年 03 月 15 日
	市区町村長による証明の場合	母の氏名		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 checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → () 児	生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 週)
		医療機関の所在地	東京都〇〇×××		
		医療機関の名称	〇〇病院		
		医師・助産師の氏名	大家 三郎		

医師・助産師または市区町村長 記入欄

タムラ製作所健康保険組合

2/2

記入漏れや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

5 死産の場合は、死産時数とともに妊娠からの週数と日数をそれぞれご記入ください。
例）妊娠からの日数が86日の場合「満12週」、「86日」とご記入ください。

6 多児出産の場合は、すべての出生時の氏名をご記入ください。
死産・流産・人工中絶の場合は、記載不要です。

7 「医師・助産師による出産証明」または「市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明」を受けてください。死産の場合は、医師・助産師に限って証明を受けてください。証明を受けることができない場合は、「出生（死産）が確認できる書類」を添付してください。

※訂正が必要な場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を証明者（医師・助産師・市区町村長）より記入してもらってください。市区町村長による証明の場合は、二重線の近くにフルネームの署名または押印が必要です。

出産育児一時金の支給要件等

支給を受ける条件

被保険者または家族（被扶養者）が、妊娠4か月（85日）以上で出産をしたこと。
早産、死産、流産、人工妊娠中絶（経済的理由によるものも含む）も支給対象として含まれます。

支給額

産科医療保障制度に加入の医療機関等で妊娠週数22週以降に出産した場合	1児につき50万円
産科医療保障制度に未加入の医療機関等で出産した場合	1児につき48万8千円(※)
産科医療保障制度に加入の医療機関等で妊娠週数:22週未満で出産した場合	

※令和5年3月31日以前の出産の場合は40万8千円、令和3年12月31日以前の出産の場合は40万4千円

被保険者資格喪失後に出産した場合

被保険者資格を喪失した場合でも、次の①・②ともに該当した場合は支給を受けることができます。

- ①資格喪失日の前日（退職日）までに被保険者資格が継続して1年以上（任意継続被保険者期間は除く）あること。
- ②資格喪失後6か月以内に出産したこと。

※同じ出産に対して出産育児一時金の支給は1回のみです。

資格喪失後6か月以内の出産に対しても支給されるため、支給を受けることができる保険者が複数ある場合もありますが、重複して支給を受けることはできません。

ご存知ですか？

出産育児一時金には、医療機関等の窓口負担を軽減するための制度があります。

■窓口負担軽減のための制度

制度名	概要	被保険者が行うこと
①直接支払制度	出産育児一時金を健保から医療機関等に直接支払う制度	医療機関等と支給申請および受取に 関わる代理契約を締結 (医療機関等が健保に請求)
②受取代理制度	被保険者が受けるべき出産育児一時金を医療機関等が被保険者に代わって受け取る制度	専用の申請書を当健保に提出

※①・②ともに医療機関等によって利用可能・不可能がありますので、ご利用については出産を予定している医療機関等にご相談ください。

なお、直接支払制度・受取代理制度では、出産育児一時金支給額（50万円または48万8千円(※)）以下の場合は、当健保から被保険者へ差額分をお支払いします。その場合、当健保から被保険者の方へ「差額申請書」をお送りします。「差額申請書」をお受け取りになられましたら、必要事項をご記入のうえ、ご提出ください。「差額申請書」をお受け取りになられる前に、早期に差額分の受取りを希望される場合は、「内払金支払依頼書」をご提出ください。

※令和5年3月31日以前の出産の場合は40万8千円、令和3年12月31日以前の出産の場合は40万4千円