

出産育児一時金支給申請書の記入例

◎申請方法について、該当する番号を○で囲んでください。

◎組合員が申請される場合は「1」を、組合員が死亡された場合であって遺族の方が申請される場合は「2」を○で囲んでください。

◎上の「申請者区分」で「2」を選択された場合（組合員の遺族の方が申請される場合）のみ記入してください。

◎受領方法について、組合員ご本人の口座へ振込送金を希望される場合は「1」を、事業主等の代理人への受領委任（代理人を通じての受領）を希望される場合は「2」を○で囲んでください。

◎上の「受領方法」で「2」を選択された場合（代理人への受領委任を希望される場合）のみ記入してください。

全国土木建築国民健康保険組合 出産育児一時金支給申請書

提出区分 1 申請者から直接 2 事業所を経由

○ 組合員（申請者）に関する項目

被保険者証記号・番号	71-1505	1203	氏名	中村 正
住所	〒120-9000 東京都文京区中央3-8			
電話番号	(03) 3310-1234	① 自宅・2 携帯・3 その他 ()		
申請年月日	令和△△年△△月△△日	事業所名	八重洲建設株式会社	
申請者区分	① 組合員 次の「申請者」欄は記入不要です。 ② 組合員の遺族の方（組合員が死亡された場合であって、組合員の遺族の方が申請される場合） 次の「申請者」欄を記入のうえ、遺族である旨の証明（戸籍謄本の写等）を添付してください。ただし、申請される遺族の方が、組合員が死亡された当時において、本組合の被保険者であった場合は添付不要です。			
申請者	氏名	組合員との続柄		
組合員が申請者の場合は、記入不要です。	住所	〒 -		
	電話番号	() - 1 自宅・2 携帯・3 その他 ()		

◎組合員(または遺族である申請者)にご記入いただく項目です。被保険者証等をご確認のうえ記入してください。

○ 申請内容に関する項目

出産者氏名	中村 明子	出産者の生年月日	⑤ 昭△△年△△月△△日 7 平
最終稼働年月日	令和 年 月 日 第二種組合員の資格喪失後に出産した場合	出産年月日	令和△△年△△月△△日
出生児の数	① 単胎・多胎 (児)	生産又は死産の別	① 生産・死産 (妊娠 か月 週)
直接支払制度の利用の有無	① 出産育児一時金の医療機関への直接支払制度を利用し、差額を請求する。 ② 医療機関への直接支払制度を利用していない。 直接支払制度を利用しない旨合意した文書の写を添付してください。		
出産費貸付の有無	有 () 円・② 無	出産した分娩機関名称	河野産科医院

◎出産した被保険者氏名、その他申請内容をご記入いただく項目です。

◎「2」を○で囲んでください。

○ 受領方法、振込先等

受領方法 この申請書に基づき保険給付金に関する受領方法については次のとおりとします。

① 私の下記口座に振込み願います。(直接組合から受領します。)

② 次の代理人に受領を委任します。 次の「代理人」欄に代理人氏名、住所等を記入してください。なお、事業主に受領委任される場合、「振込先」欄は記入不要です。

令和△△年△△月△△日 組合員 氏名 中村 正 (申請者) 住所 東京都文京区中央3-8

代理人	氏名	住所	〒 -
事業主に受領委任される場合、事業所名称、事業主氏名のみ記入してください。	八重洲建設株式会社	取締役社長 夏川一郎	
申請者との関係	②	電話番号	() - 1 自宅・2 携帯・3 その他 ()

振込先	金融機関名称	支店名称	コード
事業主に受領委任される場合又は通帳の写(口座番号等の記載面)を添付される場合は記入不要です。	預金種目	口座番号	口座名義(フリガナ)
	1 普通 (総合を含む)・2 当座	()	()

◎「2」の場合は組合員(または遺族である申請者)が記入年月日、住所、氏名を記入してください。

◎振込先を記入してください。(事業主への受領委任を希望される場合は記入不要です。) 記入誤りがあった場合は振込送金ができませんので、できる限り通帳の写しを添付してください。(その場合、この欄は記入不要です。)

◎事業主への受領委任を希望される場合、
①「受領方法」欄の「2」を○で囲み、住所、氏名等を記入してください。
② 代理人の「氏名」欄に事業所名称と、事業主氏名を記入してください。
この場合、「申請者との関係」以下の項目と「振込先」欄の各項目は記入不要です。

◎ 添付書類について

1 医療機関への直接支払制度を利用していない場合

- ・ 出産の事実を証する書類 (下記のとおり。)
- ・ 領収・明細書の写し (医療機関等から交付される出産費用の内訳が記載されたもの。)
- ・ 直接支払制度を利用しない旨合意した文書の写し(領収・明細書の写しで、利用しない旨が確認できる場合は不要です。)

を添付して提出してください。

出産の事実を証する書類については、別紙「医師又は助産師の証明書」に証明を受けていただくか、出生が確認できる書類 (戸籍謄本(抄)本、戸籍事項記載証明書、母子健康手帳(写し)等)を添付してください。

2 次のいずれかに該当する場合は、別紙「資格取得前又は資格喪失後の保険の関係」を記入してください。

- ア 組合員又は組合員の世帯に属する被保険者が被保険者資格取得後6か月以内に出産された場合
- イ 組合員であった者が被保険者資格喪失後6か月以内に出産された場合
- ウ 組合員の世帯に属する被保険者であった者が当該組合員の組合員資格喪失後1か月以内に出産された場合

出産育児一時金支給申請書の記入例（別紙）

◎この欄は、次のいずれかに該当する場合のみ記入してください。

- ア 組合員又は組合員の世帯に属する被保険者が被保険者資格取得後6か月以内に出生された場合
- イ 組合員であった者が被保険者資格喪失後6か月以内に出生された場合
- ウ 組合員の世帯に属する被保険者であった者が当該組合員の組合員資格喪失後1か月以内に出生された場合

○資格取得前又は資格喪失後の保険の関係

資格取得前・喪失後の別	取得前・喪失後	資格取得・喪失年月日	令和 年 月 日
保険者名 <small>（保険者の区分について、該当する番号を○で囲んでいただき、保険者名を記入してください。）</small>	1 健康保険（協会けんぽ・_____健康保険組合）		
	2 船員保険		
	3 共済組合（_____共済組合）		
	4 国民健康保険（_____国民健康保険）	区（東京都特別区） 市 町 村 国民健康保険組合	
被保険者証記号・番号		この保険で支給を受けることができる金額	円

（注）この欄は、次に該当する場合のみ記入してください。（資格取得前又は資格喪失後の保険者から交付される支給決定通知書の写を添付される場合、「保険者名」、「被保険者証記号・番号」及び「この保険で支給を受けることができる金額」の各欄は記入不要です。）

- ・組合員又は組合員の世帯に属する被保険者が被保険者資格取得後6か月以内に出生された場合
- ・組合員であった者が被保険者資格喪失後6か月以内に出生された場合
- ・組合員の世帯に属する被保険者であった者が当該組合員の組合員資格喪失後1か月以内に出生された場合

◎「ア」に該当する場合は「取得前」を「イ」又は「ウ」の場合は「喪失後」を○で囲んでください。

◎「ア」に該当する場合は資格取得年月日を、「イ」又は「ウ」の場合は資格喪失年月日を記入してください。

◎「ア」に該当する場合は資格取得前に加入されていた「保険者名」、「被保険者証記号番号」、「その保険で支給を受けることができる（出産育児一時金の）金額」を、「イ」に該当する場合は資格喪失後に加入された「保険者名」等を記入してください。

資格取得前又は資格喪失後の保険者から交付される支給決定通知書の写しを添付される場合、これらの欄は記入不要です。

◎医師に記入を依頼してください。

医師又は助産師の証明書

出生が確認できる書類（戸籍謄（抄）本、戸籍事項記載証明書、母子健康手帳（写し）等）を添付して提出される場合、この「医師又は助産師の証明書」欄は記入不要です。

出産者氏名	中村 明子	生年月日	⑤ 昭 7 平 △△年△△月△△日
出産年月日	令和 △△年 △△月 △△日	出生児の数	① 単胎・多胎（ 児）
上記のとおり証明します。 令和△△年△△月△△日		生産又は死産の別	① 生産・死産（妊娠 か月 週）
医師又は助産師	所在地 東京都 文京区 大石川 13-1 医療機関等名称 河野産科医院 氏名 河野 孝典 電話番号 (03) 3322 - 4455		

（注）出生が確認できる書類（戸籍謄（抄）本、戸籍事項記載証明書、母子健康手帳（写）等）を添付して提出する場合、この「医師又は助産師の証明書」欄は記入不要です。

※ 小規模医療機関等で出産を予定されている場合であって、受取代理制度を利用して出産育児一時金を請求される場合は、当該医療機関等の窓口又は組合にお問い合わせください。