

被保険者
家族

出産育児一時金 支給申請書 記入の手引き

加入者が出産し、医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用していない場合の出産費用の補助を受ける場合にご使用ください。

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、被保険者ご自身でご記入ください。

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(※1)をご用意ください。(コピーと指定していないものは原本が必要です。)

日本国内で出産した場合

必ず添付いただくもの

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)

以下に当てはまる場合に、上記に加えて添付いただくもの

【産科医療補償制度の対象分娩である場合】

「産科医療補償制度の対象分娩であること」が明記された領収・明細書のコピー

【申請書に医師・助産師の証明または市区町村長の証明を受けられない場合】

次のうち、いずれか1点を添付してください。

- ・出産を担当した医療機関等の医師・助産師の証明書
- ・出産したことを確認できる書類
(戸籍謄(抄)本、戸籍記載事項証明書、出生届受理証明書等)
(死産の場合は、死産証書(死胎検案書)のコピー等)

海外で出産した場合

必ず添付いただくもの

次の2点を添付してください。

- (1) 出産を担当した海外の医療機関等の医師・助産師の証明書
 - (2) 出産した日(期間)において、実際に海外に渡航していた事実が確認できる書類
(パスポートのコピー、査証(ビザ)のコピー、航空チケット等のコピー)
- ・(1)を提出できない場合は、代わりに以下の書類を添付してください。
(戸籍謄(抄)本、戸籍記載事項証明書、出生届受理証明書等の出生を確認できる書類)
(死産の場合は、死産証書(死胎検案書)のコピー等)

※証明書が外国語の場合は、翻訳文の添付必須(書式自由)
(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。

※1) 給付金の支給決定後は、ご提出いただいた書類の返却はできません。

次ページに記入例があります。➡

- ・申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。記入見本 0123456789アイウ
- ・生年月日、日付が一桁の場合は、左のマスで0で埋めてください。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消して、正しい内容をご記入ください。

1

記号・番号は
・保険証(R6.12.1以前発行)
・資格確認書
・資格情報のお知らせ
・マイナポータル
のいずれからご確認ください。

2

被保険者の生年月日をご記入ください。

3

家族(被扶養者)が出産した場合でも、被保険者の氏名をご記入ください。

被保険者の氏名(カタカナ)もご記入ください。なお、被保険者の氏名(カタカナ)は、振込手続き時に使用します。

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と氏名(カタカナ)をご記入ください。(住所も同様です。)

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者記入用

加入者が出産し、医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用していない場合の出産費用の補助を受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

記号(左詰め)	1	番号(左詰め)	2	生年月日
被保険者証	2170002321			1 61 01 22
氏名 (カタカナ)	日清 太郎			
氏名	日清 太郎			
郵便番号 (ハイフン除く)	1050000	電話番号 (左詰めハイフン除く)	090XXXXXXX	
住所	東京 港区 1-1 △△マンション101			

振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください	金融機関名称	支店名	口座番号 (左詰め)
預金種別	普通預金	口座番号 (左詰め)	1234567

※口座は銀行口座・信用金庫・信用組合・農協・協同組合・その他の金融機関の口座で、口座番号は振込用紙の口座番号(7桁)をご記入ください。※口座は銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

健康保険・医師・市区町村へ用 2ページ目へ続きます。 >>>

被保険者の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

健保記入欄

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

健康保険者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名 日清 太郎

○ 1 出産者	2	1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）
○ 2 出産者の氏名（カタカナ）	ニッシン ハナコ	
○ 3 出産者の生年月日	1 56 年 03 月 09	
○ 出産年月日	04 年 12 月 21	
○ 出産した国	1 日本 2. 海外	国名（ ）
○ 1 出生児数	2	○ 2 死産児数
○ 1. 受給した 2. 受給していない	2	

※医師・助産師、市区町村長のいずれかより証明を受けてください。

出産者の氏名（カタカナ）	ニッシン ハナコ
出産年月日	令和 04 年 12 月 21
出生児数	2 人
死産児数	0 人
死産の場合の死産証書数	0
上記のとおり相違ないことを証明します。	
医療施設の所在地	東京都品川区△△1-1
医療施設の名称	〇〇総合病院
医師・助産師の氏名	保険 五郎
電話番号	03-XXXX-XXXX
市区町村長による証明	
本籍	
母の氏名（カタカナ）	
母の氏名	
出生児数	0 人
出生年月日	令和 00 年 00 月 00
出生児氏名	
上記のとおり相違ないことを証明します。	
市区町村長名	

6

②「出産年月日」における出生児数をご記入ください。

死産の場合は、死産児数をご記入ください。

6

7

8

7

「1. 受給した」場合は、出産育児一時金の支給は受けられません。

8

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記載した事項等の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、「出産（死産）を担当した医療機関等の医師・助産師の証明書」または「出産（死産）したことを確認できる書類」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）に記入いただってください。
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。