

この申請には、次の1～3が確認できる書類の添付が必要です。

1. 産科医療保障制度対象であることの確認ができる(ゴム印が押された)書類。
2. 合意文書などの直接支払制度を利用していないことの確認ができる書類。
3. 明細書などの出産にかかった費用と内訳が確認できる書類。

受付印

出産育児一時金・付加給付支給申請書

直接支払制度を利用しなかった場合

①被保険者証の記号番号	記号 12	②事業所の名称 (株)〇〇〇〇	①、②被保険者証の記号番号と勤務先名称を記入してください。		
	番号 345				
③被保険者の氏名と印	(フリガナ) 〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇 〇〇	④生年月日	昭和・平成	〇〇年〇〇月〇〇日	
⑤被保険者(請求者)の住所	(フリガナ) 〇〇シ〇〇マチ 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地	⑥電話番号	〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇		
⑦出生児の氏名	(フリガナ) 〇〇〇 △△△△ 〇〇 △△	⑧出産した年月日	平成・令和	〇〇年〇〇月〇〇日	
			⑨被保険者との続柄	子	
⑩被扶養者が出産した場合はその被扶養者の					
被扶養者の氏名	(フリガナ) 〇〇〇 □□□□ 〇〇 □□	被扶養者の生年月日	昭和・平成	〇〇年〇〇月〇〇日	
			被保険者との続柄	妻	
被扶養者は認定年月日から6ヶ月以内の出産ですか。		はい・いいえ	⇒左で「はい」の場合は裏面の「調査票兼同意書」も記入してください。		
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。(利用する場合は□にチェック、利用しない場合は下記口座欄を記入してください) ※口座情報の反映には数日を要しますので、登録の時期によっては以前の登録口座に振り込まれる場合があります。 ※受取代理人を指定する場合は、公金口座を利用できません。					
⑪払渡希望の銀行	〇〇 銀行 〇〇 支店 信用金庫	預金種別	口座番号	0 1 2 3 4 5 6	
		普通・当座	名義人(カタカナ)	〇〇〇 〇〇〇〇	
※ 被保険者(請求者)と別の方の口座に振込を希望される場合は、次の⑫または⑬のいずれかを必ず記入してください。					
⑫この給付金を代理人が受け取ることに同意します。	被保険者(請求者)の氏名と印	⑭			
⑬受取代理人(口座名義人)または、代理人を受け取ることを被保険者に対して説明を行った者の	氏名	被保険者(請求者)との関係		⑪の名義人が被保険者(請求者)以外の口座を指定される場合は、⑫に被保険者(請求者)の署名と捺印をされるか、⑬に代理人が受け取る旨を被保険者(請求者)に説明を行った方の情報を記入してください。	
	居住住所	受取代理人等の個人番号(マイナンバー)			
医師・助産師又は市区町村長の証明欄	医師・助産師の証明	出生した年月日	令和 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠週)
		出生児の数	単胎・多胎(児)	備考	
		令和 年 月 日 上記のとおり相違ないことを証明する。 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名			
	医師・助産師又は市区町村長のいずれかから証明を受けてください。				
	市区町村長の証明	本籍	筆頭者氏名		
		出生日	令和 年 月 日	出生届出日	令和 年 月 日
		令和 年 月 日 上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長名			

「1. 産科医療保障制度対象であることの確認ができる(ゴム印が押された)書類」「2. 合意文書などの直接支払制度を利用していないことの確認ができる書類」「3. 明細書などの出産にかかった費用と内訳が確認できる書類」の添付が必要です。

ただし、1. については、産科医療保障制度の対象外であった場合は添付不要です。

被扶養者が認定年月日から6ヶ月以内の出産の場合に記入してください。

調査票兼同意書

1. 出産日前6か月以内に被扶養者認定を受けた場合において、6か月以内に加入していた当組合以外の健康保険について、次の①～④の該当する項目に○をして、カッコ内に名称を記入してください。

- ① 国民健康保険（市区町村名 〇〇市 記号 999 番号 99999999）
- ② 健康保険組合（健康保険組合名 _____ 記号 _____ 番号 _____）
- ③ 全国健康保険協会（支部名 _____ 記号 _____ 番号 _____）
- ④ その他（名称 _____ 記号 _____ 番号 _____）

被扶養者に認定される前に加入していた保険制度に○をして、保険者名、記号・番号を記入してください。なお、記号・番号についてはわかる範囲でご記入ください。

2. 上記②③④のいずれかが○の場合、被保険者で加入していましたか。被扶養者で加入していましたか。A. B. のいずれか該当する方に○をしてください。
なお、「A. 被保険者で加入」の場合は当時の勤務先の名称・電話番号を記入してください。

A. 被保険者で加入⇒勤務先名称と勤務先電話番号を記入してください。
（ただし、任意継続の加入であった場合は不要です。）

B. 被扶養者で加入

従前、被扶養者自身がお勤めされていて、お勤め先で保険に加入していた場合はA、お勤めされていた人の被扶養者として加入していた場合はBに○をしてください。なお、Aの場合は当時勤務されていた「勤務先名称」と勤務先の「電話番号」を記入してください。

勤務先名称 _____

電話番号 (_____) _____

3. 枠内に署名・捺印ください。なお、以前加入していた保険者において、旧姓での加入であった場合はカッコ内に旧姓も記入してください。

上記のとおり回答します。
 なお、私は埼玉県建設業健康保険組合が私自身に関する出産育児一時金の審査に必要な情報の照会※を行うこと、また照会先において埼玉県建設業健康保険組合に対し回答することに同意します。
 ※ 照会先については、被扶養者の認定前に加入していた保険者です。また、従前加入していた保険者の情報が異っている等、記入いただいた保険者において加入履歴が確認できない場合は当時の勤務先にも照会します。
 なお、照会内容については、加入状況・出産育児一時金の支給状況・療養の給付履歴です。

被保険者と被扶養者の署名をして、被扶養者氏名欄に捺印、署名した年月日をしてください。なお、以前加入していた健康保険の加入期間中に旧姓で加入していた期間があれば旧姓も記入してください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者氏名 〇〇 〇〇

被扶養者氏名 〇〇 □□ 印 (旧姓 ◎◎)