

出産育児一時金・同差額及び同付加金支給申請書①

【直接支払制度利用者用】

被 保 険 者 の 情 報	被保険者証の	記号	番号	生年月日	
				☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成	
	氏 名	(自署)			
	住 所	〒 TEL			

申 請 内 容	出生年月日	令和 年 月 日		生産または 死産の別	☐ 生産 ☐ 死産 ☐ 生産・死産混在	
	生産または 死産児数	出産児数	死産児数	死産の場合妊娠経過期間		
		人	人	妊娠 ヶ月 (週 日)		
	出産した 医療機関					
	出生児の氏名	氏名	続柄	* 被保険者の扶養で ☐ ある・ ☐ ない		
				* 出生児の氏名について、死産・流産・ 人口中絶の場合は、記載不要です。		
家族が出産 した場合	氏名	続柄	生年月日			
			☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成			

* 分娩者が長谷工健康保険組合に加入後6カ月以内の出産である場合は、以前加入していた健康保険等についてご記入ください。

以前加入していた 健康保険組合等の名称	(〇〇健康保険組合等)	記号	番号

以前加入していた健康保険組合等から「出産育児一時金」を ☐ 受けた/受ける予定 ☐ 受けない

【添付書類】

① 医療機関等との合意文書の写し

および申請先となる当組合名が記載されているもの)

② 出産費用の領収・明細書の写し (領収書と明細書が別になっている場合はそれぞれの写し)

(出産日、出産児数、代理受取額、専用請求書の内容と相違ない旨が記載されているもの、および産科医療補償制度
加入機関で出産した場合は、「産科医療補償制度の対象分娩です。」の文言が印字やスタンプ等により明記されたもの)

【健保使用欄】

出産日	R5.4.1以降	R5.4.1以前
法廷給付(*1)	500,000	420,000
法廷給付(*2)	488,000	408,000
医療機関請求額		
差額		
付加給付	30,000	30,000
支給決定額		

(*1)産科医療補償制度対象

(*2)産科医療補償制度対象外

受付日付印