

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・同差額及び同付加金支給申請書③
【償還払い専用】

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 年 月 日
	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 医療機関等				
	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 人工中絶の場合は、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 年 月 日		

* 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			

証 明 欄 (い ず れ か の 証 明 が 必 要 で す)	証 明 の 助 産 師 に よ る	出生児の氏名		出生年月日	令和 年 月 日
		出生児の数	単胎・多胎(児)	生産または 死産の別	☐ 生産 ☐ 死産 (妊娠 週 日)
		上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療機関等の所在地 名称 医師・助産師の氏名			
	証 明 の 市 区 町 村 長 に よ る	本 籍		筆頭者氏名	
		出生児の氏名		出生年月日	令和 年 月 日
		上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村名 ⑤			

【添付書類】

- ① 医療機関等との合意文書の写し (直接支払制度を使用しない旨の合意文書写し、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)
(産科医療保障制度に加入する医療機関等で出産された場合は「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
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

長谷工健康保険組合