

受 付 印

処 理 印

常務理事	事務長	係	係

* 健保使用欄 *

請求区分	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 直接支払	差額があるときの代理受取額	円
------	-----------------------------	-------------------------------	---------------	---

健康保険 被 保 険 者 族 出産育児一時金（付加金）申請書

ファイザー健康保険組合宛

申請日： 和暦 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被 保 険 者 等 記 号 一 番 号	—		(2) 被 保 険 者 氏 名				
	(3) 被 保 険 者 住 所 ・ 連 絡 先	〒 TEL(日中連絡の取れるところ):						
	(4) 分 娩 年 月 日	和暦 年 月 日	(5) 出 産 児 数	人	(6) 死 産 児 数	人		
	(7) 分 娩 し た 医 療 施 設 等 の	名 称				所在都道府県		
	被保険者の分娩による申請のとき							
	(8)	被保険者の資格喪失後6か月以内の分娩ですか？			<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	「はい」の場合は(12)の(a)に記入をお願いします。		
	家族の分娩による申請のとき							
	(9)	家 族 の 氏 名	被 扶 養 者 氏 名			続 柄		
	(10)	家族が被扶養者認定後6か月以内の分娩ですか？			<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	「はい」の場合には(11)のチェックをお願いします。		
	(11)	認定を受けた理由は家族の退職等によるものですか？			<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	「はい」の場合には(12)の(b)に記入をお願いします。		
	(12)	(a)	現在加入している健康保険の保険者名 () 記号・番号 ()					
		(b)	以前加入していた健康保険の保険者名 () 記号・番号 ()					
	振 込 先 の 指 定	(13)	<input type="checkbox"/> 給与振込 →(A)の被保険者欄に記入をお願いします。 <input type="checkbox"/> 代理人振込 →(A)と(B)に記入をお願いします。					
		(A)	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				和暦 年 月 日	
		委 任 状	被 保 険 者 氏 名 :					
			住 所 :					
			代 理 人 氏 名 :		連 絡 先			
	<input type="checkbox"/>	被保険者の指定口座振込 →(B)に記入をお願いします。						
	(B)	金 融 機 関 名 (ゆうちょ銀行を除く)	支 店 名	預 金 種 別	口 座 番 号			
		(フリガナ)		普 通				
		口 座 名 義						

* 直接支払制度を利用した場合には、以下の証明は不要です。*

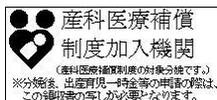
医 師 ・ 助 産 師 の 証 明 欄	(14) 分 娩 年 月 日	和暦 年 月 日	(15) 生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 第 週)	(16) 出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)	
	(17)	上記の通り相違ないことを証明します。					和暦 年 月 日
	医 療 施 設 等 の 名 称		〒		TEL :		
	医 療 施 設 等 の 住 所 在 地 ・ 連 絡 先						
	医 師 ・ 助 産 師 名						
証 市 区 町 村 長 欄 の	(18) 本 籍 地				(19) 筆 頭 者 氏 名		
	(20) 母 の 氏 名			(21) 出 生 児 名	(22) 出 生 年 月 日	和暦 年 月 日	
	(23)	上記の通り相違ないことを証明します。					和暦 年 月 日
	市 区 町 村 長 名			(印)			

<添付書類>添付をしたらチェックをしてください。(いずれもコピー)

- 医療施設等と交わした直接支払制度に関する合意文書 (全ての方が対象)
- 医療施設等が発行する領収・明細書 (産科医療保障制度加入の出産の場合)

<記入上の注意>

- ▼ 標題について
標題の「被保険者」と「家族」の文字は、いずれか該当する文字をマルで囲んでください。
- ▼ チェックボックス（□）の記入の仕方
どんなチェックの仕方でも**分かり易いもの**であればどのようなでもかまいません。例) ・・・
- ▼ 被保険者が記入するところ
 - (1)と(2) 被保険者記号一番号および被保険者氏名について
健康保険被保険者証に記載されていますのでそちらを参考に記入してください。
 - (8)で「はい」、(10)および(11)で「はい」をチェックした場合には、(12)に必ず記入をお願いします。
他の健康保険で出産育児一時金を受給する場合、重複して受給することはできません。
 - (13) 振込先の指定
必ずいずれかの振込みを指定してください。
 - ✓ 給与振込 → 事業主を代理人にし、受領を委任し給与と一緒に振り込みます。
 - ✓ 代理人振込 → 被保険者・事業主を除くものを代理人にし、指定口座に振り込みます。
上記の振込の場合、代理人についての記入が必要になります。
 - ✓ 指定口座振込 → 被保険者の指定口座に直接振り込みます。
- ▼ 医師・助産師または市区町村長が証明欄について**(直接支払制度を利用する場合には不要です)**
 - (14)-(17)と(18)-(23) 医師・助産師または市区町村長のどちらかで証明を受けてください。
 - (18)-(23) 市区町村長が証明する欄は、出生届を出す際に記入してもらえます。
 - いずれの証明も受けられない場合には、出生を確認できる書類を添付してください。
例) 戸籍謄(抄)本、戸籍事項記載証明書、住民票などのコピー
 - 証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳文を添付してください。
翻訳文には、翻訳者の住所・氏名が必要です。
- ▼ 出産育児一時金（付加金）申請時に必要な添付書類（コピー）について
 - 医療施設と交わした直接支払制度についての合意文書
(直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結している旨および申請先となる当健康保険組合名が記載されているもの)
 - 出産費用の領収・明細書の写し
(医療機関等が当健康保険組合に請求する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)



産科医療補償制度加入のスタンプ