

受付印

処理印

常務理事	事務長	係	係

記入見本

* 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 家族 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 令和元年 5月 15日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者等 記号・番号	700 - 1234567	(2) 被保険者氏名	健保 太郎			
	(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 令和元年 5月 1日	(5) 出産児数	1人	(6) 死産児数	人	
	(7) 分娩した 医療施設等の 名称	〇〇レディースクリニック			所在都道府県	東京都	
	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	健保 花子		続柄	妻	
	(10) 家族が被扶養者認定後6か月以内の分娩ですか?	<input checked="" 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 ()					
	(13) <input checked="" 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。						
委任状	(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					
振込先の指定	被保険者氏名	健保 太郎		住所			
	代理人氏名	給与振込の場合には事業主に、代理人振込の場合は代理人に 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) 振込口座	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	〒				
	医療施設等の所在地・連絡先	TEL:				
	医師・助産師名					
証市区町村長の欄	(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)