

北陸情報産業健康保険組合健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金・付加給付支給申請書  
(出産育児一時金等内払金支払依頼書)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	㊦被保険者証の記号・番号		㊧被保険者の生年月日			
			年 月 日			
	㊨被保険者(申請者)の 氏名	(フリガナ)	㊩事業所	名称		
				所在地		
	㊨被保険者(申請者)の 住所	郵便番号	(フリガナ)	電話 - -		
	被扶養者が出産した ための申請であると きは、その方の	㊨被扶養者の氏名		㊨被扶養者の生年月日		
				年 月 日		
	㊨出産した年月日	㊨出生児数	㊨死産児数	㊨妊娠経過期間	㊨法第3条第2項被保険者として支給を 受けた場合はその額(調整減額)	
	年 月 日	人	人	週	円	
㊨出産した医療機関等	名称					
	所在地					
	産科医療補償制度加入	有 ・ 無				
請 求 者 記 入 欄	本人 出 産 育 児 一 時 金	㊨今回の請求は、退職等により、北陸情報産業健康保険組合の資格喪失後6カ月以内に出 産したことによる請求ですか。			はい いいえ	
		㊨上記㊨で、「はい」と答えた場合、資格喪失後、家族の被扶養者になっていますか。			はい いいえ	
		㊨上記㊨で、「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者 として加入している健康保険の保険者名と記号・番号を記入してく ださい。			保険者名 記号・番号	
	家族 出 産 育 児 一 時 金	㊨今回の請求は、家族が被扶養者認定後、6カ月以内に出産したことによる請求ですか。			はい いいえ	
		㊨上記㊨で、「はい」と答えた場合、家族が被扶養者の認定を受けた要因は退職等により、 健康保険の資格を喪失したことによるものですか。			はい いいえ	
		㊨上記㊨で、「はい」と答えた場合、家族が被扶養者認定前に加入 していた健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。			保険者名 記号・番号	
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です) No. _____						

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	出産者氏名			出産年月日	年 月 日	
	出生児の数	単胎・多胎 ( 児)		生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 週)	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日					
	医療施設の所在地 名称 医師・助産師の氏名 電話 - -					
	本 籍			筆頭者氏名		
	母の氏名		出生児氏名		出生年月日	年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日					
市区町村長名					㊰	

(裏面)

振込希望口座	金融機関名	銀行 信用金庫					本店 支店
	金融機関コード						
	預金種別	口座番号					口座名義人
	普通 当座					(フリガナ)	

□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は上記の欄を記入。)

注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する場合に記入してください。

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。					年	月	日
	被保険者 (申請者)	住所 氏名						
	代理人 (口座名義人)	氏名	(フリガナ)	委任者と代理人の 関係				
		住所	〒	電話 - -				

### 【お知らせ】

- この申請書は平成21年10月1日から始まりました「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」(以下「直接支払制度」という)の実施に伴い、次のいずれの場合であっても申請するときに提出してください。(給付額は令和5年4月1日改正分です。)
  - 「直接支払制度」を利用されない場合
  - 「直接支払制度」を利用した場合であっても、医療機関等への支払額が給付額を下回る場合
  - 「直接支払制度」を利用し、医療機関等への支払額が法定給付額(500,000円、産科医療補償制度未加入の場合は488,000円)を上回る場合であって、付加給付(10,000円)のみが支給される場合
- 付加給付(10,000円)は資格喪失後に出産した場合には支給されません。

### 【添付書類】

- 下記の書類を添付してください。
  - 医療機関等より交付された「直接支払制度」を利用するかどうか意思確認の為の書類
  - 医療機関等より交付された出産費用の内訳を記した領収・明細書
  - 産科医療補償制度加入の医療機関等で出産した場合は、制度対象分娩であることを証明する文言の印字やスタンプの押された領収書又は請求書の写し  
※この領収書又は請求書の添付が無い場合には産科医療補償制度加入の医療機関で無いとみなされます。  
ただし、②に制度対象分娩であることを証明する文言の印字やスタンプが押印されている場合には③の添付は不要です。
- 上記「お知らせ」の1②及び1③の場合で未請求の方には健康保険組合から通知します。この通知により請求される場合には、添付書類は不要です。

### 【記入上の注意】

上記「お知らせ」の1①の場合のみ証明が必要です。

申請書所定欄に次のいずれかの証明を受けてください。

■医師・助産師の証明      ■市区町村長の証明

上記証明が受けられない場合は次の書類のいずれかを添付してください。

●戸籍謄(抄)本      ●戸籍記載事項証明書      ●出生届受理証明書      ●母子健康手帳      ●住民票の写し