

【必要書類】

- ①当申請書
- ②医療機関の領収書・明細書（写）
- ③直接支払制度を利用しない旨の合意文書（写）
- ④医師等の出生証明書または戸籍謄本など ※下段証明欄に記入がある場合は添付不要

常務理事	事務長	担当者	担当者

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証等の 記号番号	記号	番号	生年月日	昭和 平成	年	月	日			
	被保険者 氏名	フリガナ		被保険者 住 所	〒						
	被扶養者の 出産である 場合はその 者の氏名	フリガナ		被保険者と 分娩した者 の 続 柄	出産日	令和	年	月			
	生産または 死産の別	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在	「生産」の場合 出生児数	人	「死産」の場合 死産児数	人	「死産」の場合 妊娠からの 週数及び日数	満	週		
	産科医療補償制度加入機関 での出産ですか	いいえ ・ はい （「はい」の場合、加入証明スタンプが押印されている領収書の写しを添付してください）							( )	日	
	出産した方	・被保険者→退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ・家 族→被扶養者認定日後6ヶ月以内の出産ですか。			はい / いいえ						
	「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。				保険者名						
	・被保険者→現在加入している保険者について ・家 族→被扶養者認定日以前に加入していた保険者について				記号	番号					
	※同一の出産について、上記の保険者より出産育児一時金を				1. 受けた 2. 受ける予定 3. 受けない						
	備考欄	被保険者証等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です)									

※医師・助産師又は市区町村長が証明する欄は**どちらか一方**で証明を受けてください。証明がある場合必要書類の④の添付は不要です。

医 師 ・ 助 産 師 の 明 細 書	分娩年月日	令和	年	月	日	生産又は 死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊娠第	月又は第	週)		
	出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 ( ) 児				備 考					
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 電話 ( )										
市 区 町 村 長 の 証 明 欄	本 籍					筆頭者氏名					
	出生届出日	令和	年	月	日	出生児 氏名	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。 年 月 日 市区町村長名 印 電話 ( )										

委 任 状	私は、出産育児一時金・出産育児付加金の受領に関することを	に委任いたします。
	年 月 日	
	被保険者氏名	

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。(被保険者口座のみ)  
(利用する場合はチェックを入れてください。利用しない場合は下記の欄を記入してください。) ※口座情報の反映には登録から数日を要します。

振 込 先 金 融 機 関 (※)	被保険者名義※ の口座をご記入 ください。その 他の名義口座の 場合には上段 の、「委任状」 欄に署名が必要 となります。	銀 行 金庫・信組 農協・漁協	本店 支店
	支店番号	普通 ・ 当座	口座番号 (右づめ)
	名義人(フリガナ)		

年 月 日提出  
受付日付印

※1 振込先はゆうちょ銀行以外の金融機関に限ります。  
 ※2 被保険者証等の氏名と金融機関の口座名義が同一でないと、給付金の振込はできません。  
 パルグループ健康保険組合

## 注 意 事 項

- ① 被保険者本人の出産育児一時金と家族出産育児一時金は重複して請求できません。従って、両方の請求資格があっても併給されませんから、どちらかを選択して請求することになります。
- ② 産科医療補償制度に加入している医療機関については、領収書に「産科医療補償制度」の印鑑の捺印をお願いしてください。

※ この請求書には、医師又は助産師証明欄がありますが、この欄は給付金の請求事務を円滑に行うために設けているものです。  
しかしながら、健康保険法施行規則における医師又は助産師証明、市区町村長証明の取扱いについては、被保険者等が請求する場合はこれらのうちどちらかを請求書に添付したうえ健保組合に提出することとされています。  
つきましては、施行規則による方法で請求される場合は、被保険者記入欄についてのみ記入した請求書に、医師又は助産師の証明書又は、市区町村長の証明（出生届済証明のページの母子手帳のコピー、戸籍抄本の写し、両親及び出生児が記載されている住民票の写し、いずれか1つ）を添付のうえ提出していただいで結構です。

### 【提出先】

〒550-0002

大阪府大阪市西区江戸堀一丁目6番10号 肥後橋渡辺ビル6階  
パルグループ健康保険組合（給付係）宛

この申請書についてのお問い合わせは、給付係まで（TEL06-6459-1685）