

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被保記入欄	支給額	出産育児一時金(差額)		伺年月日	令和	年	月	日	
		出産育児付加金		常務理事	事務長	担当者			
	資格取得		昭・平・令	年	月	日			
	資格喪失		令和	年	月	日	産科医療補償制度	加入・未加入	被扶養者資格

被保険者(申請者)情報	被保険者等の	記号	番号	生年月日
	氏名	(フリガナ)		事業所名称
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)				

※「振込先指定口座」または「受取代理人の欄」のどちらかを選んで記入して下さい。

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 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。			
	口座名義	(フリガナ)	金融機関名称	銀行 労金 本店 農協 信金 支店
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 2. 当座	口座番号	

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の代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人の事業所(工場)又は住所 代理人の氏名	

- 訂正は訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください
- 被保険者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、備考欄にご記入ください
マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

202412改訂

受付日付印

備考

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者氏名

申請内容

1 出産した者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）				
1 - ① 家族の場合はその方の	氏名 <input type="text"/>	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日			
2 出産した年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日				
3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在				
3 - ① 「生産」の場合出生人数	<input type="text"/> 人	3 - ② 「死産」の場合死産児数	<input type="text"/> 人	3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 <input type="text"/> 週
4 出産した医療機関等	名称 <input type="text"/>	所在地 <input type="text"/>			
5 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 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ			
5 - ① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 ●被保険者 → 現在加入している保険者について ●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について	保険者名 <input type="text"/>	記号・番号 <input type="text"/>			
5 - ① - (1) 同一の出産について、5 - ①の保険者より出産育児一時金を	<input type="checkbox"/> 1. 受けた／受ける予定 2. 受けない				

証明欄（いずれかにご記入ください）

医師・助産師による証明の場合	出産者氏名 <input type="text"/>	出産年月日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (<input type="text"/> 児)	生産または死産の別 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 <input type="text"/> 週)	
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名 <input type="text"/>	
市区町村長による証明の場合（生産のみ）	本籍 <input type="text"/>	筆頭者氏名 <input type="text"/>	
	母の氏名 <input type="text"/>	出生児氏名 <input type="text"/>	出生年月日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		市区町村長名 <input type="text"/>	印 <input type="text"/>

※証明欄の訂正が必要な場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、訂正印またはフルネームの署名をしてください。

同意書
Letter of Consent

ユニプレス健康保険組合 御中

私（海外出産をした者）は、ユニプレス健康保険組合が委託した事業者が自ら、私が提出した出産育児一時金の支給申請書類に記載された事実（出産を行った日時、場所、内容等）を確認するため、当該海外出産の介助を行った者（海外の医療機関等）に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

なお、国や地域、医療機関から別途同意書や委任状等を求められた場合、当該書類に必要事項を記載することや、その他の書類が必要となる場合に当該必要書類の提示等に協力することも、併せて同意します。

To: UNIPRES Health Insurance Association

I, as a person who deliver overseas, authorize UNIPRES Health Insurance Association and its outsourcing contractor(s) to refer and obtain any and all factual information related to my application document(s) for Childbirth Lump-Sum Allowance including information of delivery date, place, and any treatment records from the delivery assistance (medical organization etc.) in order to verify the fact of the delivery.

Further, I agree to fill out other document(s) if countries, regions or medical organizations require to submit consent letter or authorization letter in their format, and agree to provide help to submit other document(s) if it is necessary along verification process written above.

・ 出産日 _____年____月____日
・ Delivery date Year_____ Month_____ Day_____

・ 海外出産をした者
 (氏名 (自署) _____)

 (住所) _____

 (生年月日) _____年____月____日

・ Person who deliver overseas

 (Name) _____

 (Address) _____

 (Date of birth) Year_____ Month_____ Day_____