

被保険者 出産育児一時金・同付加金支給申請書
被扶養者

受付日付印

(一方を○で囲んでください)

みずほ健康保険組合 御中

① 提出日 令和 年 月 日

被保険者(申請者)の記入欄	② 被保険者等の	記号	番号	③ 氏名	
	④ 生年月日	昭和 平成 年 月 日			
	⑤ 住所 電話番号	〒 連絡先(昼間)の電話番号 ()			
	⑥ 事業所名称		⑦ 所属部室店		
	⑧ 出産者氏名		⑨ 出産者 生年月日	昭和 平成 年 月 日	
	⑩ 出産した年月日	令和 年 月 日			
	⑪-1 「生産」の場合出生人数	人		⑪-2 「死産」の場合死産児数	人
	⑫ 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ヶ月以内の出産ですか。		はい ・ いいえ	「はい」と答えた場合、 ⑬の不支給証明が必要

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		出産年月日	令和 年 月 日		
		出生児数	人	死産児数	人	「死産」の場合妊娠日数	日
		上記のとおり相違ないことを証明します。 医療施設の所在地					
		令和 年 月 日 医療施設の名称					
		医師・助産師の氏名 ㊟					
	市区町村長による証明の場合(生産のみ)	本籍		筆頭者氏名			
		母の氏名		出生年月日	令和 年 月 日		
		出生児数	人	出生児氏名			
		上記のとおり相違ないことを証明します。 市区町村長名 ㊟					

※ 上記⑫の回答が「はい」の場合は次⑬の不支給証明欄を受けてください。

⑬ 不支給証明欄	協保以前又は組合又は共済組合に加入している健康保険	被保険者又は被扶養者氏名	(旧姓)			
		被保険者等の記号・番号	出生年月日	令和 年 月 日		
		資格取得年月日	平成 令和 年 月 日	資格喪失年月日	令和 年 月 日	
		上記の分娩に係る出産育児一時金を支給していないことを証明します。				
		また、今後請求が提出された場合も支給しません。 所在地				
		令和 年 月 日 電話番号				
		令和 年 月 日 保険者名 ㊟				
	以前又は現在国民健康保険に加入の場合は右欄をご記入ください。	市区町村名	資格取得年月日	平成 令和 年 月 日	資格喪失年月日	令和 年 月 日

被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。
※被保険者等記号・番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です。

備考欄

- 【添付書類】 ○ 国内で出産した場合・・・ ① 直接支払制度を利用していないことが確認できる書類(写) (例:医療機関との合意文書等)
② 「産科医療補償制度の対象分娩であること」が明記された書類(写) (領収書・明細書等)
※ 対象分娩と対象外分娩とは法定給付金額が異なりますので対象分娩の場合はその旨明記されているかご確認ください。
○ 海外で出産した場合・・・ 海外出産の場合は海外の出生証明書の原本、それを和訳したもの(翻訳者の氏名・住所記載)
※医師・助産師または市区町村長の証明は必要ありません。

- 【送付先】 ・ 行内メール ⇒ 行内メール番号:150000 大手町本部ビル気付 24階 みずほ健康保険組合 給付チーム 宛
・ 郵便 ⇒ 〒100-8176 東京都千代田区大手町1-5-5 大手町タワー24階
みずほ健康保険組合 給付チーム 宛