



出産育児一時金



出産育児一時金制度とは、健康保険法等に基づく保険給付として、被保険者又はその被扶養者が出産したとき、出産に要する経済的負担を軽減するため、一定の金額が支給される制度です。

■ 支給条件と1児あたりの支給額



※健康保険法において出産とは、妊娠85日(4ヵ月)以後の分娩を指し、正常分娩、早産、死産、流産(人工流産を含む)をいいます。(昭和27年6月16日保文発2427号)

※多胎分娩の場合、**胎児数に応じて**出産育児一時金が支給される。(昭和16年7月23日社発991号)

■ 添付書類

国内出産	<input type="checkbox"/> 医療機関等から交付される合意文書の写し <input type="checkbox"/> 出産費用の領収・明細書の写し (産科医療補償制度加入機関で出産した場合は、「産科医療補償制度の対象分娩です」の文言の印字やスタンプ等により明記されたもの)
海外出産	<input type="checkbox"/> 出産証明書の写し <input type="checkbox"/> 日本語翻訳文 (翻訳者の氏名、住所、捺印要) ^{*1}
パナソニック健保の被保険者資格喪失後 または 扶養認定後、6ヵ月以内の出産	<input type="checkbox"/> 「出産育児一時金不支給証明書」(健保指定用紙) ^{*2}

*1 書類が外国語で作成されたものであるときは、その書類に日本語の翻訳文を添付しなければならない。

(健康保険法 施行規則 第66条第3項)

*2 退職により被扶養者となった者が、自らの被保険者資格による出産育児一時金と被扶養者としての家族出産育児一時金と両方の受給資格がある場合、請求者の選択によりいずれか一方を選択して受給する。

(平成23年6月3日保保発0603第2号)

常務理事	検印	担当



決定年月日

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

1

2

退職者(申請者)記入用

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください

記入日 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 (右づめ)	記号	番号	生年月日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	氏名	(フリガナ)		電話番号(日中の連絡先)
				☎ ()
	住所	〒	—	
	<input type="checkbox"/> 本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領を事業主へ委任します。また、パナソニック健康保険組合が関係機関等に対して内容照会を行うこと又は当該関係機関等が内容照会の回答をすることに同意します。(□に✓を入れてください)			
	1. 出産した者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	氏名	生年月日
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	2. 出産年月日	令和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 死産
	3. 出生児数			人
	出産内容	下記に該当する場合は、「出産育児一時金不支給証明書」【別紙1】の提出が必要です		
	被保険者	弊健保の資格喪失後、6カ月以内の出産	被扶養者	弊健保に加入後、6カ月以内の出産

① 振込先の確認	現在の状況について、お尋ねします。	コード番号	(金融機関コード)	(店番コード)
	<input type="checkbox"/> 1. 在職中	金融機関名称	銀行 金庫 信組 その他	本店 支店 出張所
	<input type="checkbox"/> 2. 現在、任意継続被保険者、特例退職被保険者としてパナソニック健保に加入中	預金種別	普通	口座番号 <input type="text"/> (右づめ)
	<input type="checkbox"/> 3. 令和 年 月 日脱退	口座名義人	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点、半濁点は1文字としてご記入ください。)◆被保険者名義の口座に限る	
	「3」に該当する方のみ、②をご記入ください	公金受取口座	※口座の確認ができない場合、別途申請書の提出に伴い、給付の遅延が発生します。利用の場合は下記に☑。 (上記の欄に記入がある場合は、上記口座に振込いたします) <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。	

⑤ 被保険者死亡のため相続人が申請者となる場合は、被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)の提出が必要です。ただし、死亡時に相続人がパナソニック健康保険組合の被扶養者であった場合は不要です。

健保受付印

健保記入欄	SEQ	出産者	出産年月日	産保制度	出生児数	支給決定金額
		本人・家族	年 月 日	有・無	人	円

「受取代理人記入欄」は2ページに続きます >>>

1 / 2

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

医師・市区町村長
事業主 記入用

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください

証明欄 (いずれか一方で証明を受けてください)	医師・助産師による証明の場合	出産者氏名	出生年月日	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	
		出生児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)	生産又は死産の別	(妊娠週) <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産			
		上記のとおり相違ないことを証明する。		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						
		電話番号 ()						
	市区町村長による証明のみ	本籍						
		筆頭者氏名	母の氏名					
		出生児氏名	出生年月日	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	
		上記のとおり相違ないことを証明する。		令和				
			年		月	日		
	市区町村長							

※医師・助産師または市区町村長の証明を受けられない場合

- 出生が確認できる書類 (コピー可)

母子健康手帳、住民票、戸籍謄 (抄本)、戸籍記載事項証明書、登録原票記載事項証明書、出生届受理証明書

添付書類	国内出産	<input type="checkbox"/> 医療機関等から交付される合意文書の写し <input type="checkbox"/> 出産費用の領収・明細書の写し (産科医療補償制度加入機関で出産した場合は、制度加入医療機関での出産を証明するスタンプを押印したもの)	 <p>産科医療補償制度加入機関 (産科医療補償制度の対象分枠です。) ※分娩後、出産育児一時金等の申請の際は、この領収書の写しが必要となります。</p>
	海外出産	<input type="checkbox"/> 出産証明書の写し <input type="checkbox"/> 日本語翻訳文 (翻訳者の氏名、住所、捺印要)	

以下にあてはまる場合は他健康保険との重複給付を避けるため、「不支給証明書」の提出が必要となります

- パナソニック健保組合の被保険者の資格を喪失されてから6ヵ月以内に出産し、現在は他の健保に加入しているが、パナソニック健保組合に出産育児一時金の申請をする場合

↳ **現在、加入されている健康保険組合へ提出してください**

- 被扶養者が前職に被保険者（本人）として加入していた期間が1年以上あり、資格を喪失されてから6ヵ月以内に出産し、パナソニック健保組合に家族出産育児一時金の申請をする場合

↳ **以前、加入していた健康保険組合へ提出してください**

Ⓜ被扶養者が以前も家族の被扶養者の場合は、「不支給証明書」の提出は不要です

下記の証明をうけ、「出産育児一時金支給申請書」に添付のうえご申請ください

パナソニック健康保険組合 御中

不支給証明書

請求者 記入欄	保険証 記号 - 番号	—					
	被保険者氏名						
	出産者氏名						
	出産年月日	年	月	日			
	出生児氏名						
保険者 記入欄	出産者の扶養認定日 又は貴組合加入期間	年	月	日から	年	月	日まで
	<p>上記の者に対して、「出産育児一時金」、「家族出産育児一時金」を支給していないこと、また、今後請求があっても支給しないことを証明いたします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>名称</p> <p>電話番号</p> <p>(担当者氏名)</p>						

