

# 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

年 月 日	支 給	年	月	日	支 給 額	¥		
事務長・次長		部長・代理		課長・代理		係長	係	決 裁

被 保 険 者 申 請 者 情 報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ)		自署の場合は押印を省略できます。		
	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☑)				

健 保 記 入 欄	資格取得 扶養認定	H・R	年	月	日
	資格喪失	H・R	年	月	日
	法定給付				円
	付加給付				円
	合計				円

【申請に必要な書類】

①出産育児一時金支給申請書

②直接支払制度の利用にかかる合意文書の写し

※この申請書は、直接支払制度を利用していない場合に請求するためのものです。利用した場合は、申請する必要はありません。

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です  
・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

被保険者のマイナンバー記載欄

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄



受付日付印

## 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

申請内容	1 出産した者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族（被扶養者）		
	1 - ① 家族の場合はその方の	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 出産した年月日	H・R <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 <input type="checkbox"/> 2. 死産 <input type="checkbox"/> 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 出生児の氏名				
5 出産した医療機関等	名称	所在地		
6 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 <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
6 - 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		記号・番号	
6 - ① - (1) 同一の出産について、6 - 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 <input type="checkbox"/> 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	出産年月日	H・R <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	印
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	出生児氏名	出生年月日	H・R <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	印