

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(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	28	番号	1234	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	5	5	0318
	氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎		印	自署の場合は押印を省略できます。		
	住所	(〒 650-0000)	兵庫県	都道府県	神戸市	区	1-2	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 078 (000) △△△△							

振込先指定口座	金融機関 名称	〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 ① 普通 2. 当座	口座番号	1234567
	口座名義	▼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(ˆ)は1字としてご記入ください。)		口座名義 の区分
	ケンホ° タロウ			1 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	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・印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係	
	住所	(フリガナ)	氏名・印	印

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄

(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(19.05)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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

健保 太郎

申請内容

1 出産した者

2

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

健保 花子

生年月日

 昭和 平成

02

年

05

月

20

日

2 出産した年月日

令和

02

年

02

月

12

日

3 生産または死産の別

1

1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3 - ①

「生産」の場合出生人数

1

人

3 - ②

「死産」の場合死産児数

□

人

3 - ② - (1)

「死産」の場合妊娠経過期間

満

□

□

週

4 出生児の氏名

健保 一郎

5 出産した医療機関等

名称

〇〇産婦人科医院

所在地

兵庫県〇〇市〇〇区△△1-2-3

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。

1

1. はい 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

△△健康保険組合

記号・番号

記号1234 番号12345

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

2

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

健保 花子

出産年月日

令和

02

年

02

月

12

日

出生児の数

 単胎 多胎

→ ()

児)

生産または死産の別

 生産 死産

→ (妊娠

週)

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 2 年 2 月 25 日

医療施設の所在地

兵庫県〇〇市〇〇区△△1-2-3

医療施設の名称

〇〇産婦人科医院

医師・助産師の氏名

〇〇 五郎

医師
助産師
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

令和

□

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

市区町村長名

印

【添付書類】

①医療機関等から交付される「直接支払制度を利用していない」ことを証明する書類のコピー

②領収書・明細書のコピー（産科医療補償制度の対象分娩である場合は、その旨を証する所定の押印があるもの）