

※健保組合使用欄		支給金額				決定	年 月 日			
取得						常務理事	事務長	課長	主任	扱
喪失		内訳		出産育児一時金						
				付加金						

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金支給申請書

※この申請書は直接支払制度を利用しない方の用紙です。

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号・番号	記号	番号	生年月日
	氏名・印	(フリガナ)		1. 昭和 2. 平成 年 月 日 3. 令和
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	自署の場合は押印を省略できます。
	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	金融機関名称	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. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号
	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(゜)は1字としてご記入ください。)	口座名義の区分
			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。		年 月 日
	代理人(口座名義人)	住所	TEL ()	委任者との関係
	氏名・印	(〒 -)	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	

「申請者・医師・市区町村長記入用」は裏面に続きます。>>>

・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

被保険者氏名

申請内容	1 出産した者	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	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日
	2 出産した年月日	1. 平成 年 月 日 2. 令和		
	3 生産または死産の別	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。		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		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			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	出生年月日	1. 平成 年 月 日 2. 令和
		出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → () 児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 週)
		上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 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	1. 平成 年 月 日 2. 令和
		上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日	市区町村長名	印

【添付書類】

- ・直接支払制度合意文書（写）
- ・出産費用の明細書（写）