

※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
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 支給申請書

1 2 被保険者(申請者)記入用

※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	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)				
	氏名 (フリガナ)			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 -)	都(道) 府(県)	年	月
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				

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	普通	口座番号 (左づめ)	
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。		

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

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。(利用する場合は☑)
注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	2 出産した年月日	令和 <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
		3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 <input type="text"/> 週
4 出産した医療機関等	名称	所在地	
5 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
5 - 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
5 - ① - (1) 同一の出産について、5 - 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	令和 <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 → () 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。		医療施設の所在地	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	出生児氏名	出生年月日	令和 <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。		市区町村長名	印		
年 月 日					

【添付書類】

- ・直接支払制度合意文書（写）
- ・出産費用の明細書（写）

※出産年月日、出生児数、産科医療保障制度、代理受取額の記載がある明細を添付してください。