

|          |      |         |  |  |  |      |       |    |    |   |
|----------|------|---------|--|--|--|------|-------|----|----|---|
| ※健保組合使用欄 | 支給金額 |         |  |  |  | 決定   | 年 月 日 |    |    |   |
|          |      |         |  |  |  | 常務理事 | 事務長   | 課長 | 主任 | 扱 |
| 取得       | 内訳   | 出産育児一時金 |  |  |  |      |       |    |    |   |
| 喪失       |      | 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           | (フリガナ)  |           | 1. 昭和<br>2. 平成 年 月 日<br>3. 令和                                  |
|   | 住所           | (〒 - )  | (都 道 府 県) | 家族(被扶養者)の方が出産された場合も申請者は被保険者となります。被保険者の氏名、生年月日、住所などの情報をご記入ください。 |
|   | 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. 被保険者<br>2. 代理人 |

被保険者以外の方の口座を指定する場合は「受取代理人の欄」に必ず記入してください。

|         |            |                                      |              |
|---------|------------|--------------------------------------|--------------|
| 受取代理人の欄 | 被保険者       | 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 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ               | 被保険者と代理人との関係 |
|         | 氏名         | (〒 - ) TEL ( )                       |              |

「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<br>家族の場合はその方の                                   | 氏名                     | 生年月日                         | 1. 昭和<br>2. 平成 年 月 日<br>3. 令和 |
|  | 2 出産した年月日   | 1. 平成 年 月 日<br>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<br>「生産」の場合出生人数                                  | <input type="text"/> 人 | 3 - ②<br>「死産」の場合死産児数         | <input type="text"/> 人        |
|  |   |                        | 3 - ② - (1)<br>「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。<br>●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<br>「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。<br>●被保険者 → 現在加入している保険者について<br>●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)<br>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<br>(いずれかにご記入ください)   | 医師・助産師による<br>証明の場合          | 出産者氏名  | 出生年月日     | 1. 平成 年 月 日<br>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。<br>医療施設の所在地<br>医療施設の名称<br>医師・助産師の氏名                 |           |  |
| 市区町村長による<br>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<br>2. 令和   |
|                         | 上記のとおり相違ないことを証明する。<br>年 月 日 |  | 市区町村長名    |  |

【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。