

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

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)					
	氏名	(フリガナ)	和暦() 年 月 日			
	住所	(〒 -)	都 道 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)						

振込先指定口座	☐ 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 ☒ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。					
	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 2. 当座	口座番号		左づめでご記入ください。	
	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

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	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)			

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

※下記添付書類を揃えて、事業主を経由して健康保険組合へ提出してください。

- ・直接支払制度を利用しない旨記載の合意文書の写し
- ・出産時の領収書(産科医療補償制度加入の分娩機関の場合は、加入を証明するスタンプが押印されているもの)

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

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

(令和4年7月改)
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	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 年 月 日			
2 出産した年月日	和暦（ ） 年 月 日				
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	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。		1. はい 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	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	出産年月日	和暦（ ） 年 月 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。 和暦（ ） 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		
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 和暦（ ） 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 和暦（ ） 年 月 日 市区町村長名		

※申請書の証明欄に証明が受けられない場合は、証明欄と同じ内容が記載されている証明書の写しか、出生届受理証明書、母子健康手帳に出生届出済証明がなされているものの写しなどのいずれかを添付してください。