

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

常務理事	事務長	課長	担当

受付日付印

事業所	名称		部所名	
	所在地			

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)	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
氏名	(フリガナ)																				
住所	(〒 —)		都 道 府 県																		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()																				

振込先指定口座

「健康保険給付金振込口座届」に記載された個人銀行口座に振込ます。

※「健康保険給付金振込口座届」を提出して下さい。

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。》》》

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

☐ 昭和
☐ 平成
☐ 令和

年

月

日

2 出産した年月日

令和

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

令和

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。

医療施設の所在地

令和

年

月

日

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

令和

年

月

日

上記のとおり相違ないことを証明する。

市区町村長名

令和

年

月

日

印