

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

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		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																
	氏名		(フリガナ)		生年月日		1. 昭和				年		月		日		
							2. 平成										
							3. 令和										
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。														
	金融機関 名称		銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 出張所 その他 () 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												

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

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

1

2

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

1. 昭和
2. 平成
3. 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。
令和 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

令和

年

月

日

上記のとおり相違ないことを証明する。
令和 年 月 日 市区町村長名

印