

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 ） 情 報	被保険者証の （右づめ）	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	生年月日	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>		
				<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>		
	氏名	(フリガナ)					
住所	(〒) (都 道 府 県)						
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☑）							

【申請に必要な書類】

- ① 出産育児一時金支給申請書
- ② 直接支払制度の利用にかかる合意文書の写し
- ③ 分娩費請求書の写し

※この申請書は、直接支払制度を利用していない場合に請求するためのものです。利用した場合は、申請する必要はありません。

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

- ・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

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

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 昭和 年 月 日
 平成 年 月 日2 出産した年月日 R 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	出生年月日	R <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 → (<input type="text"/> 児)	生産または死産の別 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 <input type="text"/> 週)	
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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 R <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。 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		市区町村長名	印