

資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日
支給額	円	支給	出産育児一時金 円
		内訳	出産育児附加金 円

1

2

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

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)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	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	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	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号 <input type="text"/> 左づめでご記入ください。
	ゆうちょ 記号-番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
	口座名義 ※必ず記入ください。	▼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 <input type="checkbox"/> 1.申請者 2.代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

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
	代理人 (口座名義人)	住所 (〒 -) TEL ()	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
		住所 (フリガナ) _____	委任者と 代理人との 関係
		氏名・印	

「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

(R3.4)

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

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。
●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

「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

6 - ① - (1)

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（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

資格取得日		記入例 1/2	喪失日	年	月	日
支給額			出産育児一時金			

※黒ボールペンでご記入ください。(消せるボールペンでの記入は受け付けません。)

1 2

健康保険組合 被保険者(申請者)記入欄

提出先:健康保険組合

**必要添付書類
領収書(フルネーム)の写し**

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	6 0 0 5 1 8		
	住所	(〒 ●●● - ●●●●)	■■■ (都道府県)	■■■市△△● - ●● - ●●●			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ●● (●●●●) ●●●●					

振込先は「給与振込口座」をご記入ください。

振込先指定口座	金融機関 名称	ゆうちょ		銀行 金庫 信組 農協 漁協	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1	1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 通知	口座番号	●●●●●●●●●●●●●●●●
	ゆうちょ 口座番号	●●●●●●●●●●●●●●●●	●●●●●●●●●●●●●●●●	左づめでご記入ください。	
	口座名義 ※必ず記入ください。	ケンポ ハナコ			口座名義 の区分

「2」の場合は必ず記入してください。

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
	代理人 (口座名義人)	住所	(〒 -) TEL ()	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
	氏名・印	(フリガナ)	委任者と 代理人との 関係				

「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 **記号および番号を記入された方は、この欄の記入は不要です。**

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(R3.4)
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

健保 花子

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 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	2 出産した年月日	令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 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	1 人	3 - ② 「死産」の場合死産児数 <input type="checkbox"/> 人
	3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 <input type="checkbox"/> 週	
4 出生児の氏名	健保 理莉		
5 出産した医療機関等	名称 <input type="checkbox"/> 病院	所在地 <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	
6 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。		2 1. はい 2. いいえ
6 - 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
6 - ① - (1) 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			<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
		出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (<input type="checkbox"/> 児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 <input type="checkbox"/> 週)
		医療施設の所在地 上記のとおり相違ないことを証明する。医療施設の名称		
		<p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">医師または助産師もしくは市区町村長のいずれかで証明する欄です。証明を頂いてください。</p>		
市区町村長による証明の場合(生産のみ)	筆頭者 氏名	母の氏名	出生児 氏名	出生年月日
				令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日			印