

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 情 報	①被保険者等	記号	番号	②生年月日	昭・平・令	年	月	日
	③氏名(申請者)	(フリガナ)						
	④住所(申請者)	〒	—	都・道 府・県				
	⑥事業所名称				⑤電話番号 (日中の連絡先)	()		
					⑦被保険者の 資格取得日	昭・平・令	年	月
⑧出産育児一時金の決定をするにあたり、当健康保険組合が関係機関等へ照会すること、また関係機関等が回答をすることに対して同意します。なお、本書の写しも有効であることを認めます。					被保険者氏名 (申請者氏名)			

申 請 内 容	⑨出産した方 (どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)									
	⑩家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄()				
	⑪出産予定年月日	平・令	年	月	日	生産児数	人	死産児数	人	死産のとき (妊娠経過期間)	か月	週
	⑫出産予定医療機関等	名称	所在地									
	⑬ア、イに当てはまる場合 ○を付け、保険者名、 記号・番号を記入してく ださい	ア. 当組合の被保険者だった方が、資格喪失後6か月以内の出産の場合、現在加入している保険者名と記号・番号							保険者名 記号・番号			
イ. 当組合の被保険者・被扶養者になって、6か月以内の出産の場合、以前加入していた保険者名と記号・番号							保険者名 記号・番号					

証 明 欄 (い ず れ か に 証 明 を 受 け て く だ さ い)	▶ 医師・助産師による証明の場合											
	出産年月日	平・令	年	月	日	生産児数	単胎・多胎()	生産又は 死産の別	生産・死産(妊娠 か月 週)			
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療機関の所在地・名称 〒 医師・助産師の氏名 電話番号 ()											
▶ 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	平・令	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 電話番号 ()												

委 任 状	⑭被保険者 (申請者)	本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領は受任者に委任します。 令和 年 月 日 氏名									
	⑮受任者 (事業所)	受任者氏名・は当健康保険組合に 提出している給付金振込依頼書と同 一にしてください。 氏名									
在籍者の方は委任 状が必要です。											

⑯備考

受付日付印

⑰社会保険労務士の
提出代行者名記載欄