

◎請求の際に今一度確認を！「書きもれないか」「印もれないか」「確かめて提出して下さい。」

※ 支給決議書	伺い年月日	令和 年 月 日	資格	取得喪失	年 月 日	年 月 日	年 月 日	事務理事
	支 給 額			該当条文		被扶養者資格		事務長
	出産育児一時金等			第101条・第106条 第114条		有・無		担当者
	出産育児付加金			規約 第46条・第58条				

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

被保険者の (申請者)	① 氏名		② 生 年 月 日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日
③ 被保険者(申請者) の 住 所	〒 () 電話 ()				
④ 健康保険 被保険者証の	記号		⑤ 事 業 の	名 称	
	番号			所在地	
被扶養者が出産した 場合はその者の	⑥ 氏名		⑦ 生 年 月 日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日
⑧ 出産日	令和 年 月 日	⑨ 出生 児数	人	⑩ 死産 児数	人
				⑪ 妊娠経 過期間	週
⑫ 出生児の氏名			⑬ 被保険者と 出生児の続柄		
⑭ 出産した医療機関等の	名 称				
	所在地				
⑮ 申請者本人の退職等により健康保険又は船員保険の被保険者資格喪失後、6ヵ月以内に出産することによる申請である場合の資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号			保険者名		
			記 号	番 号	
⑯ 申請者本人の家族が被扶養者認定後6ヵ月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号			保険者名		
			記 号	番 号	

医師・助産婦又は市区町村長が 証明するところ	⑰ 出産者氏名		⑱ 出産年月日	令和 年 月 日
	⑲ 出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)	⑳ 生産又は 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。 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在 医師・助産婦名 市区町村長名			

受領委任の欄	(注) この欄は、この給付金を受け取ることをだれかに(被保険者以外に)委任するときだけ記入して下さい。	
	本請求に基づく給付金の受領を	
	住 所 (又は事業所名称及び所在地)	氏 名
	に委任します。	
	被保険者氏名(委任者)	

受 付 印

振込依頼欄	振込希望 金融機関名	銀 行 本店 信用金庫 支店
	預金の種別	普 通 ・ 当 座
	口座番号	
	預金の名義人の氏名	フリガナ

令和 年 月 日提出

(請求上の注意)

- この申請書は、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度を利用しない方が出産育児一時金等の請求をする場合に提出して下さい。
- この申請書を提出する際は、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度を利用しないこと及び産科医療補償制度の加入の有無が確認できる書類(写しでも可)の添付をして下さい。
- ※「欄」は記入しないで下さい。