

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

出産費用を被保険者が全額負担した場合(直接支払制度※を利用しない)に使用します。
※出産費用を健康保険組合から医療機関に直接支払う制度

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 (左づめ)				
	氏名	(フリガナ)		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
	住所	(〒)		都 道 府 県	年 月 日
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 農協 漁協 その他 ()			本店 支店 出張所 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。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。 			

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

支 給 決 議 書						
伺年月日	年 月 日			常務理事	事務長	担当者
決裁年月日	年 月 日					
支給額	円					
支給内訳	出産育児一時金	円		支払年月日	受付日付印	
	出産育児一時金付加金	円				

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

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