

受付日付印

	常務理事	事務長	係

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

1

2

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）			☐ 昭和		
				☒ 平成		
				☐ 令和		
氏名	(フリガナ) トモエガワ タロウ		※自筆署名の場合は捺印不要			
住所	(〒 ○○○-○○○)		A	都道府県	B市C区33-4-1	
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 ☒)						

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

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

(R2.12)

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

巴川 太郎

申請内容

1 出産した者

2

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

巴川 花子

生年月日

☐ 昭和☒ 平成

〇〇

〇〇

年

〇〇

月

〇〇

日

2 出産した年月日

令和

〇〇

年

〇〇

月

〇〇

日

3 生産または死産の別

1

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

〇

人

3 - ② - (1)

「死産」の場合妊娠経過期間

満

〇

週

4 出生児の氏名

巴川 一郎

5 出産した医療機関等

名称

〇〇医院

所在地

〇〇県 〇〇市 11-45

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

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

〇〇健康保険組合

記号・番号

〇〇ー〇〇〇〇

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

2

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

〇〇

〇〇

月

〇〇

日

出生児の数

☐ 単

医師・助産師に

記入を依頼してください

上記のとおり相違な

年

月

日

医師・助産師の氏名

→（妊娠

週）

市区町村長による証明の場合（生産のみ）

本籍

筆頭者

母の氏名

お住まいの市・区役所に

記入を依頼してください

上記のとおり相違な

年

月

日

〇〇

月

〇〇

日

上記証明欄のほかに、下記の添付が必要です。

・医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書の写し

(代理契約を医療機関等と締結していない、または医療機関等が直接支払制度に対応していない旨が記載されているもの)

・出産費用の領収・明細書の写し