

健康保険 被保険者 出産育児一時金 支給申請書

（付加金）

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）	1	1 2 3 4 5	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	4	203	01
	氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎					
	住所	(〒 100 - 1111)	東京	都 道 府 県	豊島区北大塚1-14-3		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (5961) 5521						

<給付の手続きについて>

健康保険組合からの給付は事業主（会社）を経由して給付されます。
以下の委任の手続きを行ってください。
事業主が代理人となりますので被保険者（社員）欄へ署名・押印ください。
（押印省略不可）
任意継続被保険者の方は「1」を選択してください。登録の口座へ入金します。
支払委任を希望する場合は健康保険組合へお問い合わせください。

口座名義 の区分	※社員は2を選択 2	1. 申請者 2. 代理人
-------------	---------------	------------------

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 4 年 10 月 〇 日
	代理人 (口座名義人)	氏名・印 健保 太郎 住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ (〒 -) TEL () 住所 (フリガナ) 記入 不要 氏名・印	委任者と 代理人との 関係

提出先：各社 人事・総務・業務担当者へ提出して下さい。
※健保組合に直接提出しないでください。

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(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。)

(02.4)

備考欄	
-----	--

受付日付印

人事・業務担当者

健保使用欄		
常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書 (付加金)

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

健保 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 健保 花子	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 22 年 03 月 01 日	
	2 出産した年月日	令和 04 年 03 月 01 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 組子 (第 3 子)		
5 出産した医療機関等	名称 △△クリニック	所在地 東京都千代田区丸の内●-●-●		
6 出産した方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。		<input type="checkbox"/> 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。	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 → 現在加入している保険者について <input checked="" type="checkbox"/> 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 記入 不要 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	出産者氏名	出生年月日	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)
	上記のとおり相違ないことを証明する。	医療機関の所在地	医療施設の名称	医師・助産師の氏名
	令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日			
	市区町村長による	本籍	筆頭者	
	母の氏名	出生児の氏名	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			

※母子手帳の出産の事実が分かるページのコピーを添付してください。