

被保険者(申請者)記入用

被 保 険 者 情 報	被保険者証 の記号番号 (左づめ)	記号	番号	枝番	生年月日	☐ 昭和	年	月	日	☐ 平成	年	月	日	性別	☐ 男 ☐ 女
	フリガナ						☐ 自宅 ☐ 携帯								
	氏 名					連絡先									
	住 所	〒													

委 任 状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく補助金に関する受領を事業主に委任します。									
		氏名								令和	年

※給付金に関する受領を事業主に委任しない場合(事業所における給与振込口座とは異なる口座への振込みを希望する場合)は、上記委任状欄へ記入せず、振込口座指定書(様式16)を申請書と一緒に提出してください。

「申請者・医師・市区町村長記入用」は裏面に続きます。

健 康 保 険 組 合 使 用 欄	受付日	令和	年	月	日
	決定日	令和	年	月	日
	支払日	令和	年	月	日

組合受付印	事業所受付印



被保険者 被扶養者 出産育児一時金 支給申請書

被保険者氏名		申請者・医師・市区町村長記入用									
申請内容	(1) 出産した者	☐ 1. 被保険者 ☐ 2. 被扶養者									
	被扶養者の場合	氏名					生年月日	☐ 昭和	年	月	日
							☐ 平成				
	(2) 出産した年月日	令和									
	(3) 生産または死産の別	☐ 1. 生産 ☐ 2. 死産 ☐ 3. 生産・死産混在	「生産」の場合 出生児数 人		「死産」の場合 死産児数 人 妊娠経過 週間 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か月以内の出産ですか。 ●被扶養者⇒JADECOMけんぽに加入後6か月以内の出産ですか。					☐ 1. はい ☐ 2. いいえ				
「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 ●被扶養者⇒JADECOMけんぽ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						
同一の出産について、上記保険者より出産一時金を					☐ 1. 受けた／受ける予定 ☐ 2. 受けない						

証明書（いずれかにご記入ください）	の医師・助産師による証明	の出産者氏名			の出産年月日	令和	年	月	日
		の出生児の数	☐ 単胎 ☐ 多胎⇒() 児		の生産または死産の別	☐ 生産 ☐ 死産⇒(妊娠) 週			
	医療施設の所在地 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称 医師・助産師の氏名								
	の市区町村長（生産のみ）による証明	の本籍			の筆頭者氏名				
		の母の氏名		の出生児氏名		の出生年月日	令和	年	月
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									