



地域医療振興協会
健 康 保 険 組 合
JAECOM Health Insurance Organization

被保險者
被扶養者

出產育兒一時金 支給申請書

被保險者(申請者)記入用

被 保 險 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 □ 平成	年 月 日	性別	□ 男 レ 女
		9 9 9 9	- 4 5 6 7	/ 1 2			X X X X		
	フリガナ	テイキ ハナコ				□ 自宅	□ 携帯		
氏名	地域 花子				枝番は、保険証に印字されている場合に記入			1 2 3 4 0 0 0 0	町名・番地
住所	〒	0 0 0	-	0 0 0 0		△△T-Z-3			アパート・マンション名
	東京都			都道府県	00区	市区町村	□□マンション101号室		

枝番は、保険証に印字
されている場合に記入

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	地域 花子			令和	年	月
			X	X	X	X	X	X

※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 險 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	地域 花子		申請者・医師・市区町村長記入用
--------	-------	--	-----------------

申請内容	(1)出産した者	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 被扶養者									
	被扶養者の場合	氏名					生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成			
	(2)出産した年月日	令和	年 <input checked="" type="checkbox"/> X	月 <input checked="" type="checkbox"/> X	日 <input checked="" type="checkbox"/> X						
	(3)生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在	「生産」の場合 出生児数 <input checked="" type="checkbox"/> 1人			「死産」の場合 死産児数 <input type="checkbox"/> 人			妊娠経過週間 <input type="checkbox"/> 満 <input type="checkbox"/> 週		
	(4)出産した医療機関等	名称	OO病院		所在地		東京都OO区△△7-8-9				
	(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。	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. 受けた／受ける予定 2. 受けない								

証明書（いづれかにご記入ください）	の医師 場合 ・助産師 による 証明	出産者氏名			出産年月日	令和 年 月 日
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎ー()目	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産ー()周		
	上記のとおり相違なし 令和 年					
		医師・助産師による証明 または 市区町村長による証明の場合				
	の市 場 合 町 () 村 生 長 産 に の よ み る) 証 明	本籍				
	母の氏名					
	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