

地域医療振興協会  
健康保険組合  
JADECOM Health Insurance Organization被保険者  
被扶養者

## 出産育児一時金 支給申請書

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	9	9	9	9	—	番号	4	5	6	7	/	枝番	1	2	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	年	X	X	月	X	日	X	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input checked="" type="checkbox"/> 女
	フリガナ	チイキ ハナコ														<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯												
	氏 名	地域 花子														1 2 3 4 0 0 0 0												
	住 所	〒	0	0	0	—	0	0	0	0	都道府県	東京都	市区町村	OO区	町名・番地	△△1-2-3												
		東京部														□□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	X	X	年	X	X	月	X	X	日	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 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
	受付 '17.XX.XX ○×病院

両面印刷により提出願います。

ver.20230401



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 <input type="checkbox"/> 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 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産 <input type="checkbox"/> 3. 生産・死産混在	「生産」の場合 出生児数 <input checked="" type="checkbox"/> 人	「死産」の場合 死産児数 <input type="checkbox"/> 人 妊娠経過 週間 満 <input type="checkbox"/> 週			
	(4) 出産した医療機関等	名称	所在地				
		〇〇病院	東京都〇〇区△△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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	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⇒( ) 児	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 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			
	の市区町村長（生産のみ）による証明	本籍		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	
		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			