

常務理事	係 員	係 員

被保険者（申請者）情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください				
	氏名	(フリガナ) _____		生年月日	☐ 昭和	年	月	日
					☐ 平成			
住所	(〒 -)		都道 府県					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()							

[illegible]

(R6.10)

受付日付印

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

被保険者氏名

申請内容

1 出産した者

☐ 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

生年月日

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和

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

☐ 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3-① 「生産」の場合出生人数

人

3-② 「死産」の場合死産児数

人

3-②-(1) 「死産」の場合妊娠経過期間

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. はい 2. いいえ

5-① 「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

記号・番号

5-①-(1) 同一の出産について、5-①の保険者より出産育児一時金を

☐ 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

出生年月日

令和 年 月 日

出生児の数

☐ 単胎 ☐ 多胎 → (児)

生産または死産の別

☐ 生産 ☐ 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

医療施設の所在地
医療施設の名称
医師・助産師の氏名

市区町村長による証明の場合（生産のみ）

本籍

筆頭者氏名

母の氏名

出生児氏名

出生年月日

令和 年 月 日

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

共愛会健康保険組合

2/2