

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

健保 花子

申請内容

1 出産した者

1

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

☐ 平成・☒ 令和

5

年

10

月

1

日

3 生産または死産の別

1

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

人

3 - ② - (1)

「死産」の場合妊娠経過期間

満

週

4 出生児の氏名

健保 太郎

5 出産した医療機関等

名称

〇〇〇〇クリニック

所在地

6 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。

2

1. 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。

●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

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

1

1. 受けた／受ける予定

2. 受けない

証明欄（いずれかに記入ください）

医師・助産師による
証明の場合

出産者氏名

出産年月日

☐ 平成

☐ 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。

医療施設の所在地

医療施設の名称

医師・助産師の氏名

令和

年

月

日

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

☐ 平

☐ 令

年

月

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

年

月

日