

健 保 組 合		
常務理事	グループ長	担当者

事業所担当者の確認印
日付印

被 保 険 者 族 出 産 育 児 一 時 金 支 給 申 請 書

健康保険被保険者証		申請日	平成 年 月 日		
記号	番号(右づめで記入)	事業所名			
		所属(または出向先)	部	室・グループ	課・工場
被保険者の氏名		被保険者住所	〒		
(氏)	(名)	連絡先	自宅	職場(外線)	内線
氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要					

被 保 険 者 記 入 欄	出産した人の氏名	フリガナ	昭・平 年 月 日生	続柄	該当に○印および記入してください。 本人・家族(続柄:)
	出生児の氏名	フリガナ		続柄	
	被保険者(本人)が 出産した場合(※)	資格喪失後6カ月以内に出産した場合、出産日当日に加入している健康保険について記入してください。	健康保険の名称	被保険者氏名	記号・番号
	被扶養者(家族)が 出産した場合(※)	扶養認定後6カ月以内に出産した場合、以前に加入していた健康保険について記入してください。	健康保険の名称	加入時の氏名	記号・番号
委任状 (退職者・ 任継者は 記載不要)	新日鐵住金健康保険組合から私に支給される給付金の受領を事業主に委任します。 平成 年 月 日 被保険者氏名				※自ら署名した場合も必ず押印ください

医 師 ・ 助 産 師 ま た は 市 区 町 村 長 の 証 明 欄	分娩年月日	平成 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 週・ ヵ月)	
			出生児の数	単胎・多胎(児)	
	上記のとおり相違ありません。		平成 年 月 日	医療機関所在地	電話
	医療機関所在地		名称	医師・助産師氏名	◎
	本籍	都 道 府 県	筆頭者氏名		
出生届出日	平成 年 月 日	出生児氏名	出生年月日	平成 年 月 日	
上記のとおり相違ありません。		平成 年 月 日	市区町村長名	◎	

- (注) 1. この請求書は、妊娠4カ月以上の胎児を出産した場合で、「直接支払制度」を利用しなかった方や海外で出産の方が請求するものです。
2. 分娩機関から交付される「合意文書」の写しと「領収・明細書」の写しを添付してください。
また、上記被保険者記入欄(※)に該当される方は、「同意書」も併せて添付してください。
3. 死産、人工中絶の場合は、妊娠期間確認のため医師・助産師記入欄の証明欄に記入してもらってください。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
記号・番号が記入されている場合は、マイナンバーの記入は不要です。
(注)マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄	
社会保険労務士の提出代行者名記載欄	◎

受付日付印

健 保 記 入 欄	受付No.	
	本人家族区分	被保険者 ・ 被扶養者
	資格の有無	資格あり ・ 資格喪失後
	出生児の数	単胎 ・ 多胎(児)
	支給決定額	円