

被保険者
 家族

記入例

支払印

受付印

※本人が出産(現在在職中、任意継続)

出産育児一時金申請書【事後申請用】(支給No.)

被 保 険 者 ま た は 被 保 険 者 で あ っ た 者 記 載 事 項	①被保険者証の記号・番号 <small>(記号) (番号)</small>	7001 - 654322	②所属事業所の名称	そごう 横浜店
	③被保険者の氏名	健保 花子	④生年月日	昭利・平成 58年 1月 1日生
	⑤出産年月日	令和 元 年 10 月 1 日	⑥出産児の氏名	健保 武
	⑦家族が出産のときはその者の氏名		⑧家族の生年月日	昭和・平成 年 月 日生
	⑨入院された産院・病院または診療所の名称および所在地	病院等の名称 所在地	実玲産婦人科 横浜市中区高島2-19-12	
	⑩振込先銀行・口座 (被保険者名義の口座)	任意継続被保険者の方は郵便局口座へお振込みします	横浜 銀行 口座番号(普通・当座) 高島 支店 普通 554421	口座名義人(カナ) ケンポ ハナコ
	上記のとおり申請いたします。 令和 元 年 10 月 10 日		〒 220-8510 TEL045-111-2222	
			被保険者の住所氏名 横浜市西区高島2-18-1 健保 花子	
	そごう・西武健康保険組合 理事長 殿			

出 産 ま た は 死 産 に 関 す る 医 師 ま た は 助 産 師 の 証 明	⑪ 出 産 証 明	令和 元 年 10 月 1 日に 1 人を出産または死産(妊娠 週、または 日)
	上記のとおり証明いたします。 ※この欄は医師または助産師(婦)に証明をもらってください 令和 元 年 10 月 9 日	
申請者は(1)に○をつけてください。また、事業主もしくは事業主代理人の記名は不要です。(2)選択の場合は事前に健保組合へご相談ください		証明者の住所 氏 名 横浜市中区高島2-19-12 実玲産婦人科

委 任 状	保険給付金の受領を下記の 令和 元 年 10 月 10 日	をつけてください。
	(1) 所属事業所の事業主もしくは事業主代理人 (2) (1)以外の受領代理人 (2)選択の場合は右欄に記入	被保険者の氏名 代理人の住所・氏名 健保 花子 (2)選択の場合のみ記入が必要となります。

領 収 証	金 円を領収いたしました。 ただし、出産育児一時金として 令和 年 月 日 領 収 そごう・西武健康保険組合 理事長 殿 氏 名 健保 花子
-------------	--

※本人が資格喪失後6箇月以内に出産された方、家族が扶養認定後6箇月以内に出産された方で国保又は国保組合に加入されている方・されていた方のみ記入

国民健康保険・国民健康保険組合の名称及び所在地 (国保は市町村名を記入、国保組合はどこの組合かを記入)	記号 番号 〒 ー 所在地 名称	加入年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 喪失年月日 令和 年 月 日 TEL ー ー
--	---------------------------	---

※ 支 給 (支 出) 決 定 伺	支給金額	出 産 年 月 日	※ 備 考
	<input type="checkbox"/> 被保険者出産育児一時金	令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 家族出産育児一時金	円 年 月 日	
	支給決定のうえ支払いしてほしいか		令和 年 月 日
	・一般被保険者資格取得年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	※ 家族の場合は認定日	常務理事
・ " 資格喪失年月日 令和 年 月 日			
・任継被保険者資格取得年月日 令和 年 月 日	年 月 日 認定		
・ " 資格喪失年月日 令和 年 月 日			

※資格喪失後6箇月以内の出産又は扶養認定後6箇月以内の出産の場合は、不支給証明書を添付して下さい。

※分娩機関発行の領収書のコピーを添付してください。

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者・証明者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)

被保険者

記入例

支払印

受付印

家族

※本人が出産(資格喪失後6箇月以内に出産)

出産育児一時金申請書【事後申請用】(支給No.)

被 保 険 者 ま た は 被 保 険 者	①被保険者証の記号・番号	(記号) 7001 - 654322 (番号)	②所属事業所の名称	そごう 横浜店	
	③被保険者の氏名	健保 花子	④生年月日	昭和・平成 58年 1月 1日生	
	⑤出産年月日	令和 元 年 10 月 1 日	⑥出産児の氏名	健保 武	
	⑦家族が出産のときはその者の氏名		⑧家族の生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
	⑨入院された産院・病院または診療所の名称および所在地	病院等の名称	実玲産婦人科		
		所在地	横浜市中区高島2-19-12		
	⑩振込先銀行・口座 (被保険者名義の口座)	横浜 銀行	口座番号(普通・当座)	口座名義人(カナ)	
		高島 支店	普通 554421	ケンポ ハナコ	
	上記のとおり申請いたします。 令和 元 年 10 月 10 日		〒 220-8510 TEL 045-111-2222		
	そごう・西武健康保険組合 理事長 殿		被保険者の住所氏名 横浜市西区高島2-18-1 健保 花子		

出 産 ま た は 死 産 に 関 す る	⑪ 出 産 証 明	令和 元 年 10 月 1 日に 1 人を(出産)または死産(妊娠 週、または 日)
	上記のとおり証明いたします。 ※この欄は医師または助産師(婦)に証明をもらってください 令和 元 年 10 月 9 日	
証明者の住所		横浜市中区高島2-19-12
証明者の氏名		実玲産婦人科

申請者は(1)に○をつけてください。
また、事業主もしくは事業主代理人の
記名は不要です。
(2)選択の場合は事前に健保組合へ
ご相談ください

委 任 状	保険給付金の受領を下記の者に委 任してください。	令和 元 年 10 月 10 日	被保険者の氏名	健保 花子
	(1) 所属事業所の事業主もしくは事業主代理人 (2) (1)以外の受領代理人 (2)選択の場合は右欄に記入	代理人の住所・氏名	(2)選択の場合のみ 記入が必要となります。	

領 収 証	金 _____円を領収いたしました。 ただし、出産育児一時金として	令和 年 月 日 領 収
	そごう・西武健康保険組合 理事長 殿	氏 名 健保 花子

※本人が資格喪失後6箇月以内に出産された方、家族が扶養認定後6箇月以内に出産された方で国保又は国保組合に加入されている方・されていた方のみ記入

国民健康保険・国民健康保険組合の 名称及び所在地 (国保は市町村名を記入、国保組合はどの 組合かを記入)	記号 11半 番号 1111	加入年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
	〒 220 - 0001	喪失年月日 令和 元 年 6 月 1 日
	所在地 横浜市西区3-3-3	TEL 045 - 555 - 6666
名称 横浜市		資格喪失後6箇月以内に出産された方で、現在加入の健康保険が組合管掌、協会けんぽの場合、この欄の記入は必要ありません。 「出産育児一時金不支給証明書」を添付して下さい。 また、国保・国保組合加入の方で、「出産育児一時金不支給証明」が発行される場合には添付して下さい。

※支給(支出)決定 同	支給金額		円			
	<input type="checkbox"/> 被保険者出産育児一時金	円				
	<input type="checkbox"/> 家族出産育児一時金	円				
	支給決定のうえ支払いしてほしいか			令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 間 接 払 (給与振込)	
	・一般被保険者資格取得年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	※ 家族の場合は認定日		常務理事		
・ " 資格喪失年月日 令和 年 月 日	年 月 日 認定					
・任継被保険者資格取得年月日 令和 年 月 日						
・ " 資格喪失年月日 令和 年 月 日						

※資格喪失後6箇月以内の出産又は扶養認定後6箇月以内の出産の場合は、不支給証明書を添付して下さい。

※分娩機関発行の領収書のコピーを添付して下さい。

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者・証明者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)

被保険者

記入例

支払印

受付印

家族

※家族が出産

出産育児一時金申請書【事後申請用】(支給No.)

被保険者または被保険者であった者記載事項	①被保険者証の記号・番号	(記号) 7001 - (番号) 654321	②所属事業所の名称	そごう 横浜店	
	③被保険者の氏名	健保 太郎	④生年月日	昭和・平成 58 年 1 月 1 日生	
	⑤出産年月日	令和 元 年 10 月 1 日	⑥出産児の氏名	健保 武	
	⑦家族が出産のときはその者の氏名	健保 花子	⑧家族の生年月日	昭和・平成 61 年 1 月 9 日生	
	⑨入院された産院・病院または診療所の名称および所在地	病院等の名称		実玲産婦人科	
		所在地		横浜市中区高島2-19-12	
	⑩振込先銀行・口座 (被保険者名義の口座)	横浜 銀行 高島 支店	口座番号(普通・当座)	口座名義人(カナ)	
			普通 554421	ケンポ タロウ	
	上記のとおり申請いたします。 令和 元 年 10 月 10 日		〒 220-8510 TEL 045-111-2222		
	そごう・西武健康保険組合 理事長 殿		被保険者の住所氏名 横浜市西区高島2-18-1 健保 太郎		

出産または死産に関する医師または助産師の証明	⑪ 出産証明	令和 元 年 10 月 1 日に <u>1</u> 人を出産または死産(妊娠 週、または 日)
	上記のとおり証明いたします。 ※この欄は医師または助産師(婦)に証明をもらってください 令和 元 年 10 月 0 日	
証明者の住所		横浜市中区高島2-19-12
証明者の氏名		実玲産婦人科

申請者は(1)に○をつけてください。
また、事業主もしくは事業主代理人の記名は不要です。
(2)選択の場合は事前に健保組合へご相談ください

委任状	保険給付金の受領を下記の者に委任する	令和 元 年 10 月 10 日	被保険者の氏名 健保 太郎
	(1) 所属事業所の事業主もしくは事業主代理人	(2) 選択の場合は右欄に記入	代理人の住所・氏名 (2)選択の場合のみ記入が必要となります。

領収証	金 _____ 円を領収いたしました。 ただし、出産育児一時金として	令和 年 月 日 領収
そごう・西武健康保険組合 理事長 殿		氏 名 健保 太郎

※本人が資格喪失後6箇月以内に産まれた方、家族が扶養認定後6箇月以内に産まれた方で国保又は国保組合に加入されている方・されていた方のみ記入

国民健康保険・国民健康保険組合の名称及び所在地 (国保は市町村名を記入、国保組合はどの組合かを記入)	記号 _____ 番号 _____	加入年月日 _____ 昭和・平成・令和 年 月 日
	〒 _____ 所在地 _____ 名称 _____	喪失年月日 _____ 令和 年 月 日
TEL _____		_____

※支給(支出)決定伺	支給金額	出産年月日	※備考	
	<input type="checkbox"/> 被保険者出産育児一時金	令和 _____ 年 月 日		<input type="checkbox"/> 直接払
	<input type="checkbox"/> 家族出産育児一時金	円 _____	_____ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 間接払(給与振込)
	支給決定のうえ支払いしてほしいか		令和 _____ 年 月 日	
一般被保険者資格取得年月日	昭和・平成・令和 _____ 年 月 日	※ 家族の場合は認定日	常務理事	
" 資格喪失年月日	令和 _____ 年 月 日			
任継被保険者資格取得年月日	令和 _____ 年 月 日	_____ 年 月 日認定		
" 資格喪失年月日	令和 _____ 年 月 日			

※資格喪失後6箇月以内の出産又は扶養認定後6箇月以内の出産の場合は、不支給証明書を添付して下さい。
 ※分娩機関発行の領収書のコピーを添付してください。
 ※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者・証明者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)

被保険者

記入例

支払印

受付印

家族

※家族が出産(扶養認定後6箇月以内に出産)

出産育児一時金申請書【事後申請用】(支給No.)

被 保 険 者 ま た は 被 保 険 者 あ っ た 者 記 載 事 項	①被保険者証の記号・番号	(記号) 7001 (番号) 654321	②所属事業所の名称	そごう 横浜店
	③被保険者の氏名	健保 太郎	④生年月日	昭和・平成 58年 1月 1日生
	⑤出産年月日	令和 元年 10月 1日	⑥出産児の氏名	健保 武
	⑦家族が出産のときはその者の氏名	健保 花子	⑧家族の生年月日	昭和・平成 61年 1月 9日生
	⑨入院された産院・病院または診療所の名称および所在地	病院等の名称 所在地	実玲産婦人科 横浜市中区高島2-19-12	
	⑩振込先銀行・口座 (被保険者名義の口座)	横浜 銀行 高島 支店	口座番号(普通・当座) 普通 554421	口座名義人(カナ) ケンポ タロウ
	上記のとおり申請いたします。 令和 元年 10月 10日		〒 220-8510 TEL045-111-2222	
	そごう・西武健康保険組合 理事長 殿		被保険者の住所氏名 横浜市西区高島2-18-1 健保 太郎	
	上記のとおり証明いたします。 ※この欄は医師または助産師(婦)に証明をもらってください 令和 元年 10月 9日			

出 産 ま た は 死 産 に 関 する 医 師 ま た は 助 産 師 の 証 明	⑪ 出 産 証 明	令和 元年 10月 1日に 1 人を()出産または死産(妊娠 週、または 日)
	上記のとおり証明いたします。 ※この欄は医師または助産師(婦)に証明をもらってください 令和 元年 10月 9日	
証明者の住所		横浜市中区高島2-19-12
氏 名		実玲産婦人科

委 任 状	保険給付金の受領を下記の日に	令和 元年 10月 10日	被保険者の氏名	健保 太郎
	(1) 所属事業所の事業主もしくは事業主代理人	(2) (1)以外の受領代理人 (2)選択の場合は右欄に記入	代理人の住所・氏名	(2)選択の場合のみ記入が必要となります。

領 収 証	金 円を領収いたしました。 ただし、出産育児一時金として	令和 年 月 日 領 収
	そごう・西武健康保険組合 理事長 殿	氏 名 健保 太郎

※本人が資格喪失後6箇月以内に出産された方、家族が扶養認定後6箇月以内に出産された方で国保又は国保組合に加入されている方・されていた方のみ記入

国民健康保険・国民健康保険組合の名称及び所在地 (国保は市町村名を記入、国保組合はどの組合かを記入)	記号 11半 番号 1111	加入年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
	〒 220 - 0001	喪失年月日 令和 元年 6月 1日
	所在地 横浜市西区3-3-3	TEL 045 - 555 - 6666
	名称 横浜市	

※支給(支出)決定伺	支給金額	円
	□ 被保険者出産育児一時金	
	□ 家族出産育児一時金	
	支給決定のうえ支払いしてほしいか	令和 年 月 日
一般被保険者資格取得年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	※ 家族の場合は認定日	常務理事
" 資格喪失年月日 令和 年 月 日	年 月 日認定	
任継被保険者資格取得年月日 令和 年 月 日		
" 資格喪失年月日 令和 年 月 日		

資格喪失後6箇月以内に出産された方で、現在加入の健康保険が組合管掌、協会けんぽの場合、この欄の記入は必要ありません。「(家族)出産育児一時金不支給証明書」を添付して下さい。また、国保・国保組合加入の方で、「(家族)出産育児一時金不支給証明」が発行される場合には添付して下さい。

※資格喪失後6箇月以内の出産又は扶養認定後6箇月以内の出産の場合は、不支給証明書を添付して下さい。

※分娩機関発行の領収書のコピーを添付して下さい。

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者・証明者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)