



同年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	部長	課長
支給額					
支給内訳	法定			課長	課長補佐
	付加			係長	係
資格	取得・認定	年 月 日	出産日	平成 年 月 日	
	喪失・削除	年 月 日			

**※支給決議書**

◇標題の「被保険者」と「家族」及び⑩⑪⑫の欄は、それぞれ該当する文字を丸でかこんでください。

◇④欄と⑤欄および⑥欄の印はハッキリ押印してください。

◇⑦欄には「長男」「長女」等の続柄を記入してください。

◇⑧欄は、被保険者資格喪失後の出産であるときは、その資格喪失年月日を、また、生産であったが、間もなく死亡したときは、「生産児は、〇時間生存し死亡」(このことは⑧欄にも記入してもらうこと。)等を記載してください。

**健康保険 被保険者家族 出産育児一時金 申請書** 平成 年 月 日申請

① 被保険者証 (右つめで記入)	記号	番号	③ 被保険者氏名・印	(フリガナ)	④
② 事業所名					
⑤ 被保険者住所	〒 ( )				
⑥ 出産年月日	平成 年 月 日	※ 出産資金貸付金の	有・無		
⑦ 生産または死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月 週)	出産育児一時金 直接支払制度の利用	有・無		
⑧ 出産した病院・産院の	⑧ 名称				
	⑨ 所在地				
⑩ 家族が出産した時はその者の	⑩ 氏名	⑩ 生年月日	昭和・平成 年 月 日		
⑪ 出生児の氏名	⑪ 被保険者と出生児の続柄	⑫ 出生児が被保険者の被扶養者で	ある・ない		
⑬ 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由	・配偶者の扶養とする。 ・その他 ( )	⑬ 備考			

※下記欄⑮～⑳ は直接支払制度を利用した方は、原則記入は不要です。但し、海外出産・死産等は記入が必要です。

⑮ 出産年月日	平成 年 月 日	⑯ 出生児数	単胎・多胎( 児)		
⑰ 生産または死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月 週 日)	⑰ 備考			
⑱ 上記のとおり相違ないことを証明する。		平成 年 月 日			
医療機関の名称・所在地		〒 ( )			
医師・助産師名		⑱ ( )			
⑲ 本籍	⑲ 筆頭者氏名				
⑲ 出生届出日	平成 年 月 日	⑲ 出生児氏名	⑲ 出生年月日	平成 年 月 日	
⑳ 上記のとおり相違ないことを証明する。		平成 年 月 日			
市区町村長名		⑳ ( )			

※⑮～⑲までは医師・助産師証明欄 ㉑～㉓ は市区町村長の証明欄です。

委任状	本請求に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。 平成 年 月 日	
	被保険者 (請求者)	住所 氏名 ⑲
	代理人 (事業所)	住所 氏名 ⑲

受付日付印

※当健保組合の被保険者資格を喪失されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方、または当健保組合の被扶養者と認定されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方は別紙に記載をお願いします。

出産育児一時金を請求される際、現在、当健康保険組合の

○『被保険者資格を喪失された方』… 下記Aに

○『被扶養者(家族)認定後6ヶ月以内の方』… 下記Bに それぞれご記入ください。

※現在または以前に加入されていた保険者へ確認を取らせていただいたうえで、支給可否を決定いたします。

**A 当健保組合の被保険者資格を喪失されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方。**

→資格喪失日の前日まで継続して1年以上の被保険者期間(任意継続期間は除く)があることが条件となります。

①現在加入されている健康保険についてご記入ください。

該当に○を付けてください 健保組合・協会けんぽ(支部名を記入してください) 市区町村国保・国保組合・共済組合
--

②上記健康保険組合等の連絡先がおわかりでしたらご記入ください。

住所 電話番号	〒		
		TEL ( )	

上記のとおり相違ありません

被保険者氏名

印

**B 当健保組合の被扶養者と認定されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方。**

出産6ヶ月以前、勤務されていましたか。(①または②の該当する方に○を付けてください。)

①勤務していない → 下記にご署名・押印ください。

②勤務していた → 下記についてご記入のうえ、ご署名・押印ください。

勤務先名称			
勤務先の連絡先	( )		
勤務していた期間	年 月 日 ~ 年 月 日迄 年 ヶ月間		
加入していた健康保険(保険者)	該当に○を付けてください 健保組合・協会けんぽ(支部名を記入してください) 市区町村国保・国保組合・共済組合		
加入していた健康保険(保険者)連絡先	( )		
加入していた健康保険証の記号・番号	記号		番号
加入していた健康保険(保険者)への「出産育児一時金」の申請を(○で囲む)	します ・ しません		

上記のとおり相違ありません

被保険者氏名

印