

# 記入例

年月日 令和 年 月 日 常務

給 額

\*添付書類  
出産費用明細書(写)

\* 出産費用明細書に医療機関の印がない場合、出産時の領収書(写)も必要です。

この部分には記入  
しないでください。

直接支払制度を利用した場合  
～被保険者本人が出産した場合～

健康保険証を見て正  
確にご記入ください。

該当する項目に○を付けてください

健康保険 被保険者 出産育児 一時金 申請書  
家 族 付 加 金

① 被保険者証 (右つめて記入)	記号 1 2 3 - 4 5 6 7	番号 被 保 険 者 名 氏 名	ホウドウ ハナコ 報道 花子
② 事業所名	(勤務先名称) ○○○株式会社		
④ 被保険者 住 所	〒 △△△-△△△△ 埼玉県○○市○○町△△-△-△△△ 電 △△△ ( △△ ) △△△△		
⑤ 出産年月日	平(令) △△年 5月 1日	※ 出産資金貸付金の利用	有・無
⑥ 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
⑦ 出産した 病院・ 産院の	⑦ 名称 ○○○○○レディースクリニック	⑦ 所在地 埼玉県○○市○○町△-△△-△△△	該当する項目に○を 付けてください
⑧ 家族が出産 した時はその者の	⑧ 氏 名 該当せず	⑧ 生年月日 昭和・平成 年 月 日	
⑨ 出生児の氏名	報道 健	⑩ 被保険者と 出生児の続柄 長男	⑪ 出生児が被保険 者の被扶養者で ある(ない)
⑫ 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⑭～⑳②④は直接 ⑪を「ない」に○をした場合はご記入ください

産・死産等は記入が必要です。

⑭ 出産年月日	単胎・多胎( 児)
⑮ 生産または死産の別 生産・死産(妊娠 ヶ月 週 日)	⑯ 備考
⑰ 上記のとおり相違ないことを証明する。	令和 年 月 日
医療機関の名称・所在地 医師・助産師	
⑲ 本 籍	
⑳ 出生届出日 平・令 年 月 日	
㉑ 上記のとおり相違ないこと 令和 年 月 日	
市区町村長名	

\* 直接支払制度を利用された場合は、  
この欄に証明を受ける必要はありません。

但し死産の場合は医療機関で証明を受けてく  
ださい。

※⑭～⑰までは医師・助産師証明欄、⑱～㉑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。 令和△△年 6月 25日	受付日付印
	被保険者 住所 埼玉県○○市○○町△△-△-△△△	
	(請求者) 氏名 報道 花子	
	代理人 住所 東京都千代田区○○○	
	(事業所) 氏名 代表取締役 ○○○	
	事業主(勤務先)記入	

※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。

社会保険労務士の 提出代行者名	
--------------------	--

㉒ 東京都報道事業健康保険組合

# 記入例

年月日	令和 年 月 日	常務
給額		

**\*添付書類**  
**出産費用明細書(写)**  
**\* 出産費用明細書に医療機関の印がない場合、出産時の領収書(写)も必要です。**

**この部分には記入しないでください。**

**直接支払制度を利用した場合  
 ~ご家族が出産した場合~**

**健康保険証を見て正  
 確にご記入ください。**

**該当する項目に○を付けてください**

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 付加金 申請書

① 被保険者証 (右つめて記入)	記号	番号	③ 被保険者名	(フリガナ)	ホウドウ タロウ
	1 2 3	4 5 6 7	被 保 険 者 氏 名		報 道 太 郎
② 事業所名	(勤務先名称) ○○○株式会社				
④ 被保険者住所	〒 △△△-△△△△ 埼玉県○○市○○町△△-△△-△△△△ 電 △△△ ( △△ ) △△△△				
⑤ 出産年月日	平(令) △△年 5月 1日	※ 出産資金貸付金の利用		有・無	
⑥ 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	
⑦ 出産した病院・産院の	⑦ 名称	○○○○○レディースクリニック			
	⑦ 所在地	埼玉県○○市○○町△-△△-△△△△			
⑧ 家族が出産した時はその者の	⑧ 氏名	報 道 花 子	⑧ 生年月日	昭 和 平 成 △△年 8月 1日	
⑨ 出生児の氏名	報 道 健	⑩ 被保険者と出生児の続柄	長 男	⑪ 出生児が被保険者の被扶養者で	ある ない
⑫ 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		

**該当する項目に○を付けてください**

※下記欄⑭~⑳⑫は直接 ⑪を「ない」に○をした場合はご記入ください

⑭ 出産年月日	単胎・多胎( 児)
⑮ 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。	令和 年 月 日
医療機関の名称・所在地	医師・助産師
⑲ 本 籍	
⑳ 出生届出日	平・令 年 月 日
㉑ 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	〒 ( )

**\* 直接支払制度を利用された場合は、この欄に証明を受ける必要はありません。但し死産の場合は医療機関で証明を受けてください。**

※⑭~⑱までは医師・助産師証明欄、⑲~㉑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。 令和△△年 6月 25日
被保険者(請求者)	住所 埼玉県○○市○○町△△-△-△△△△ 氏名 報 道 太 郎
代理人(事業所)	住所 東京都千代田区○○○ 氏名 代表取締役 ○○○

**事業主(勤務先)記入**

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。

社会保険労務士の提出代行者名	⑯ 東京都報道事業健康保険組合
----------------	-----------------

# 記入例

年月日	令和 年 月 日	常
給 額		

**\*添付書類**  
 ・代理契約に関する(合意)文書(写)  
 ・出産時の領収証(写)

この部分には記入しないでください。

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 付加金 申請書

直接支払制度を利用していない場合  
 ~被保険者本人が出産した場合~

健康保険証を見て正  
 確にご記入ください。

該当する項目に○を付けてください

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証 (右つめて記入)	記号	番号	③ 被保険者名 氏 名	(フリガナ)	ホウドウ ハナコ <b>報道 花子</b>	
	② 事業所名	(勤務先名称) ○○○株式会社					
	④ 被保険者 住 所	〒 △△△-△△△△ 埼玉県○○市○○町△△-△△-△△△△ 電 △△△ ( △△ ) △△△△					
	⑤ 出産年月日	平(令) △△年 5月 1日	※ 出産資金貸付金の利用		有・無 <input checked="" type="radio"/> 無		
	⑥ 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 <input checked="" type="radio"/> 無		
	⑦ 名称	○○○○○レディースクリニック					
	⑦ 所在地	埼玉県○○市○○町△-△△-△△△△					
	⑧ 家族が出産 した時はその者の	氏 名	該当せず	⑩ 生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	⑨ 出生児の氏名	報道 健	⑩ 被保険者と 出生児の続柄	長男	⑪ 出生児が被保険 者の被扶養者で	ある <input checked="" type="radio"/> ない	
	⑫ 出生児が被保険者の被扶 養者でないときはその理由	<input checked="" type="radio"/> 配偶者の扶養とする。 <input type="radio"/> その他 ( )					
	⑪を「ない」にした場合はご記入ください						

該当する項目に○を付けてください

※下記欄⑭～⑳⑤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。

⑭ 出産年月日	平・令 年 月 日	⑯ 出生児数	単胎・多胎( 児)		
⑮ 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 医療機関の名称・所在地 医師・助産師名					
⑲ 本 籍					
⑳ 出生届出日	平・令 年 月 日	㉑ 出生児氏名			
㉒ 上記のとおり相違ないことを証 令和 市区町村長名					
㉓ 市区町村長名 ( )					

医師・助産師または市区町村長が証明するところ

医師・助産師証明欄

医師または市区町村長の  
いずれかの証明を必ず受  
けてください。

※ 直接支払制度を利用し  
ていない場合に限りです。

市区町村長の証明欄

※⑭～⑱までは医師・助産師証明欄、⑲～㉓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。 令和△△年 6月 25日	
	被保険者 (請求者)	住所 埼玉県○○市○○町△△-△-△△△△ 氏名 報道 花子
	代理人 (事業所)	住所 東京都千代田区○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ 氏名 代表取締役 ○○○○株式会社
	事業主(勤務先)記入	

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。

社会保険労務士の 提出代行者名	㉔ 東京都報道事業健康保険組合
--------------------	-----------------

# 記入例

年月日	令和 年 月 日	常
給 額		

**\*添付書類**  
 ・代理契約に関する(合意)文書(写)  
 ・出産時の領収証(写)

この部分には記入しないでください。

健康保険 被保険者 家族 出産育児 一時金 付加金 申請書

直接支払制度を利用していない場合  
 ~ご家族が出産した場合~

健康保険証を見て正  
 確にご記入ください。

該当する項目に○を付けてください

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証 (右つめて記入)	記号	番号	③ 被保険者名 氏 名	(フリガナ)	ホウドウ タロウ <b>報道 太郎</b>
	② 事業所名	(勤務先名称) ○○○株式会社				
	④ 被保険者 住 所	〒 △△△-△△△△ 埼玉県○○市○○町△△-△△-△△△△ 住 △△△ ( △△ ) △△△△				
	⑤ 出産年月日	平(令) △△年 5月 1日	※ 出産資金貸付金の利用		有・無	
	⑥ 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	
	⑦ 名称	○○○○○レディースクリニック				
	⑦ 所在地	埼玉県○○市○○町△-△△-△△△				
	⑧ 家族が出産 した時はその者の	⑦ 氏 名	報道 花子	④ 生年月日	昭和・平成 △△年 8月 1日	
	⑨ 出生児の氏名	報道 健	⑩ 被保険者と 出生児の続柄	長男	⑪ 出生児が被保険 者の被扶養者で	ある・ない
	⑫ 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 ( )				

⑪を「ない」に○をした場合はご記入ください

※下記欄⑭~⑳⑤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。

⑭ 出産年月日	平・令 年 月 日	⑯ 出生児数	単胎・多胎( 児)
⑮ 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			
医療機関の名称・所在地 医師・助産師名			
⑲ 本 籍	⑳ 筆頭者氏名		
㉑ 出生届出日	平・令 年 月 日	㉒ 出生児氏名	
㉔ 上記のとおり相違ないことを証 令和			
市区町村長名			

医師・助産師証明欄

市区町村長の証明欄

医師または市区町村長の  
いずれかの証明を必ず受  
けてください。  
※ 直接支払制度を利用し  
ていない場合に限りま

※⑭~⑱までは医師・助産師証明欄、⑲~㉒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。 令和△△年 6月 25日	
	被保険者 (請求者)	住所 埼玉県○○市○○町△△-△-△△△ 氏名 報道 太郎
	代理人 (事業所)	住所 東京都千代田区○○○ 氏名 代表取締役 ○○○
	事業主(勤務先)記入	

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。

社会保険労務士の 提出代行者名	㉓ 東京都報道事業健康保険組合
--------------------	-----------------

## 記入例

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。

**被保険者本人のご出産で、  
資格喪失後、6か月以内のご出産の場合**

### 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。

○○△△	<small>該当に○を付けてください</small> <input checked="" type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ(支部名を記入してください) <input type="checkbox"/> 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	〒 △△△-△△△△ <b>東京都千代田区○○町△△-△△ ○○○ビル △階</b> TEL △△△ ( △△△ ) △△△△
------------	---

上記のとおり相違ありません。

被保険者氏名

**報道 花子**

### 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、勤務されていませんか。(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、ご署名ください。

勤務先名称			
勤務先の連絡先	( )		
勤務していた期			手 月 間
加入していた健康保険(保険者)	<div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center; font-weight: bold; color: black;">           この欄は記入する必要はありません         </div> <small>い 部名を記入してください) 共済組合</small>		
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

## 記入例

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 当健康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。

住所		〒		TEL ( )		氏名
電話番号						
<b>この欄は記入する必要はありません</b>						
②上記健康保険組合						
<b>該当する項目に○を付けてください</b>						
ご家族のご出産で、扶養認定後、6か月以内のご出産の場合						

### B 当健康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、勤務されていませんか。(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、ご署名ください。

勤務先名称	(以前の勤務先名称) 株式会社○○△△				
勤務先の連絡先	△△△ ( △△△ ) △△△△				
勤務していた期間	△年 4 月 1 日 ~ ○年 3 月 31 日迄 △年 ○ヶ月間				
加入していた健康保険(保険者)	○○△△ <small>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</small>				
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	12345		番号	67890
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 ・ <b>しません</b>				

上記のとおり相違ありません。

報道 太郎

被保険者氏名