

記入例	年月日	平成 年 月 日	常務
	給額	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~			*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無い場合、出産時の領収書(写)
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	忘れずに押印ください。

健康保険 被保険者 出産育児一時金 支給申請書 平成△△年 6月20日申請

健康保険 被保険者 家族 番号 (フリガナ) ホウドウ ハナコ

被保険者証 (右つめて記入) 1 2 3 - 4 5 6 7 被保険者氏名・印 報道 花子

② 事業所名 (勤務先名称) ○○○株式会社

⑤ 被保険者住所 〒 △△△-△△△△ 埼玉県○○市○○町△△-△-△△ Tel △△△ (△△△) △△△△

⑥ 出産年月日 平成 △△ 年 5 月 1 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 ① 名称 ○○○○レディースクリニック ② 所在地 埼玉県○○市○○町△-△△-△△△△

⑨ 家族が出生した時はその者の氏名 該当せず ⑩ 出生年月日 昭和・平成 年 月 日

⑩ 出生児の氏名 報道 健 ⑪ 被保険者と出生児の続柄 長男 ⑫ 出生児が被保険者の被扶養者である 有 無

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。 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) ⑱ 備考

⑲ 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 医師 ()

⑳ 本籍 ()

㉑ 出生届出日 平成 年 月 日

㉒ 上記のとおり相違ないことを証明する。 ()

市区町村長名 ()

※直接支払制度を利用した場合は、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。

※⑮～⑳までは医師・助産師証明欄 ㉑～㉒ は市区町村長の証明欄です。

委任状

本申請書に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。平成△△年 6月25日

被保険者 (申請者) 住所 埼玉県○○市○○町△△-△-△△ 氏名 報道 花子

代理人 (事業主) 住所 事業主 (勤務先) 記入・押印欄 氏名 ()

忘れずに押印ください。

※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。

東京都報道事業健康保険組合

記入例	年月日	平成 年 月 日	常
	給額	この部分には記入しないでください。	
*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無い場合、出産時の領収書(写)			
健康保険証を見て正確にご記入ください	健康保険 被保険者 出産育児 一時金 支給申請書	平成△△年 6月20日申請	忘れずに押印ください。

被保険者が記入するところ

① 及び②の欄は、それぞれ該当する文字を丸でかこんでください。印はハッキリ押印してください。また①欄から④欄までの訂正箇所には、②欄と同じ印を、②欄からは④欄までの訂正箇所を記入してください。

⑤ 及び⑥の欄は、それぞれ該当する文字を丸でかこんでください。印はハッキリ押印してください。また①欄から④欄までの訂正箇所には、②欄と同じ印を、②欄からは④欄までの訂正箇所を記入してください。

⑦ 出産年月日、⑧ 出生年月日、⑨ 出生年月日、⑩ 出生年月日、⑪ 出生年月日、⑫ 出生年月日、⑬ 出生年月日、⑭ 出生年月日、⑮ 出生年月日、⑯ 出生年月日、⑰ 出生年月日、⑱ 出生年月日、⑲ 出生年月日、⑳ 出生年月日、㉑ 出生年月日、㉒ 出生年月日、㉓ 出生年月日、㉔ 出生年月日、㉕ 出生年月日、㉖ 出生年月日、㉗ 出生年月日、㉘ 出生年月日、㉙ 出生年月日、㉚ 出生年月日、㉛ 出生年月日、㉜ 出生年月日、㉝ 出生年月日、㉞ 出生年月日、㉟ 出生年月日、㊱ 出生年月日、㊲ 出生年月日、㊳ 出生年月日、㊴ 出生年月日、㊵ 出生年月日、㊶ 出生年月日、㊷ 出生年月日、㊸ 出生年月日、㊹ 出生年月日、㊺ 出生年月日、㊻ 出生年月日、㊼ 出生年月日、㊽ 出生年月日、㊾ 出生年月日、㊿ 出生年月日、

① 被保険者証 (右つめて記入)	記号	1 2 3 - 4 5 6 7	被保険者氏名・印	報道 太郎	報道
② 事業所名	(勤務先名称) ○○○株式会社				
⑤ 被保険者住所	〒 △△△-△△△△ 埼玉県○○市○○町△△-△-△△ Tel △△△ (△△△) △△△△				
⑥ 出産年月日	平成 △△ 年 5 月 1 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 ① 名称	○○○○レディースクリニック				
⑧ ② 所在地	埼玉県○○市○○町△△-△△-△△△△				
⑨ 家族が出生した時の氏名	報道 花子	⑩ 生年月日	昭和 平成 60 年 8 月 1 日		
⑩ 出生児の氏名	報道 健	⑪ 被保険者と出生児の続柄	長男	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 ()		⑭ 備考		

※下記欄⑮～㉑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)	⑱ 備考	
⑲ 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 医師 ()			
⑳ 本籍	()		
㉑ 出生届出日	平成 年 月 日		
㉑ 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 ()			

※⑮～㉑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	本申請書に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。平成△△年 6月25日
被保険者 (申請者)	住所 埼玉県○○市○○町△△-△-△△ 氏名 報道 太郎
代理人 (事業主)	住所 事業主 (勤務先) 記入・押印欄 氏名

忘れずに押印ください。

※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。

東京都報道事業健康保険組合

<h1>記入例</h1>	年月日	平成 年 月 日	添付書類… ・代理契約に関する(合意)文書(写) ・出産時の領収書(写)
	給額	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

取得・認定	喪失・削除	健康保険	被保険者	家族	出産育児一時金	支給申請書	平成△△年 6月20日申請
-------	-------	------	------	----	---------	-------	---------------

① 被保険者証 (右つめて記入)	記号	1 2 3 -	番号	4 5 6 7	③ 被保険者氏名・印	(フリガナ) 報道 花子	④ 報道
② 事業所名	(勤務先名称) ○○○株式会社						
⑤ 被保険者住所	〒 △△△-△△△△ 埼玉県○○市○○町△△-△-△△ Tel. △△△ (△△△) △△△△						
⑥ 出産年月日	平成 △△ 年 5 月 1 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)		⑩ 出産育児一時金 直接支払制度の利用		有・無	
⑧ ⑦ 名称	○○○産婦人科医院						
⑧ ⑧ 所在地	東京都○○区○○町△△-△△△						
⑨ 家族が出産した場合はその者の氏名	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		⑪ 被保険者と出生児の続柄	長男		⑫ 出生児が被保険者の被扶養者である	
⑬ 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由	⑭ 配偶者の扶養とする。その他 ()		⑮ 備考		ある () ない ()		

⑬で「ない」に○を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

⑬ 出産年月日	平成 年 月 日	⑭ 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)	⑯ 備考	
⑰ 上記のとおり相違ないことを証明する。平成 年 月 日		⑲ 医師・助産師証明欄	
医療機関の名称・所在地 医師・助産師名		⑳ 筆頭者氏名	
⑳ 本籍		㉑ 出生届出日 平成 年 月 日	
㉒ 上記のとおり相違ないことを証明する。平成 年 月 日		㉓ 市区町村長の証明欄	
市区町村長名		㉔ ()	

※下記欄⑮～㉑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欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。

⑰欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。

⑲欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。

⑳欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。

㉑欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。

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。
※直接支払制度を使用していない場合に限りです。

委任状	本申請書に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。平成△△年 6月25日
被保険者(申請者)	住所 埼玉県○○市○○町△△-△-△△ 氏名 報道 花子
代理人(事業主)	住所 事業主(勤務先)記入・押印欄 氏名

忘れずに押印ください。

※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。

東京都報道事業健康保険組合

記入例	年月日	平成 年 月 日	添付書類… ・代理契約に関する(合意)文書(写) ・出産時の領収書(写)
	給額	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ていない場合 ～被保険者家族が出産した場合～	取得・認定 喪失・前	該当する項目に○を付けてください	平成 年

被保険者が記入するところ	健康保険 被保険者 家族	健康保険 被保険者 出産育児 一時金 付加金 支給申請書	平成△△年 6月20日申請	
	被保険者証 (右つめて記入)	記号 1 2 3 - 4 5 6 7 ③ 被保険者氏名・印	報道 太郎	
	② 事業所名	(勤務先名称) ○○○株式会社		
	⑤ 被保険者住所	〒 △△△-△△△△ 埼玉県○○市○○町△△-△-△△ Tel △△△ (△△△) △△△△		
	⑥ 出産年月日	平成 △△ 年 5 月 1 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 ① 名称	○○○産婦人科医院		
	⑧ ② 所在地	埼玉県○○市○○町△-△△-△△△		
	⑨ ① 家族が出産した時はその者の氏名	報道 花子	② 生年月日	昭和・平成 60 年 8 月 1 日
	⑩ ① 出生児の氏名	報道 健	② 被保険者と出生児の続柄	長男
	⑩ ② 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 () 備考		
	⑩ ③ 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由	出生児が被保険者の被扶養者で (ある) ・ ない		

※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 ① 出産年月日	平成 年 月 日	⑮ ② 出生児数	単胎・多胎(児)
⑮ ③ 生産または死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月 週)	⑮ ④ 備考	
⑰ 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	
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。 ※直接支払制度を使用していない場合に限りです。			
⑱ ① 本籍	⑱ ② 筆頭者氏名		
⑱ ③ 出生届出日	平成 年 月 日	⑱ ④ 出生届氏名	
⑲ ⑤ 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		市区町村長証明欄	

※⑮～⑳までは医師・助産師証明欄⑲～⑳ は市区町村長の証明欄です。

委任状	本申請書に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。 平成△△年 6月25日	
	被保険者 (申請者) 住所	埼玉県○○市○○町△△-△-△△
	氏名	報道 太郎
	代理人 (事業主) 住所	事業主(勤務先)記入・押印欄
氏名		

※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。

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。

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。

	この欄を記入する必要はありません。	を記入してください ・共済組合
--	-------------------	--------------------

②上記健康保険組合

住所	〒	()
----	---	-----

ご家族が出産…
扶養認定後、6ヶ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、勤務されておりましたか。(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	(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)	○○○○○	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	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	・ (しません)

忘れずに
押印くだ
さい。

上記のとおり相違ありません。

被保険者氏名

報道 太郎

報道

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。

**被保険者ご本人が出産…
資格喪失後、6ヶ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。

〇〇〇〇〇	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	〒 △△△-△△△△ 東京都千代田区〇〇町△△-△△ 〇〇ビル△階 TEL △△ (△△△△) △△△△	忘れずに押印 ください。
------------	--	-----------------

上記のとおり相違ありません。

被保険者氏名

報道 花子

報道

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・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	この欄を記入する 必要はありません。	年 月 日
勤務していた期間		月 日 月 日
加入していた健康保険(保険者)	市区町村国保・国保組合・共済組合	ください。 支部名を記入してください)
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

報道