



(注意事項)

◇標題の「被保険者」と「家族」及び⑩の欄は、それぞれ該当する文字を丸でかこんでください。  
◇訂正するときは、訂正箇所を二重線で抹消して正しい内容をご記入ください。  
◇訂正箇所を訂正署名を二重線で抹消して正しい内容を「訂正印」の押印でも可。  
◇ただし、市区町村長の証明について訂正する場合は、市区町村長の訂正印を押印してください。  
◇⑩欄は、被保険者資格喪失後の出生年月日を、また、生産であったが、間もなく死亡したときは、⑩欄にも記入してください。  
◇「生産児は、○時間生存し死亡」(このことは⑩欄にも記入していただくこと。)

※支給決議書	伺年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	部長		
	支給額						
	支給内訳	法定		課長	課長補佐	係長	係
		付加					
資格	取得・認定	年 月 日	出産日	令和 年 月 日			
	喪失・削除	年 月 日					

健康保険 被保険者 家族 出産育児 一時金 付加金 申請書

被保険者が記入するところ	① 被保険者等 (右づめで記入)	記号	番号	② 被保険者氏名	(フリガナ)	
	③ 事業所名					
	④ 被保険者住所	〒 ( ) TEL ( )				
	⑤ 出産年月日	令和 年 月 日	⑥ 生産または死産の別	・生産 ・死産(妊娠 ヶ月 週 日)		
	⑦ 生産の場合の出生児数	人	⑧ 死産の場合の死産児数	人	⑨ 出産育児一時金直接支払制度の利用	有・無
	⑩ 出産した病院・産院の	⑦ 名称				
		⑧ 所在地				
	⑪ 家族が出産した時はその者の	⑦ 氏名	⑦ 生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	⑫ 備考					

※下記欄⑬～⑳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。

医師・助産師または市区町村長が証明するところ	⑬ 出産年月日	令和 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 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・助産師名		
				TEL ( )		
	⑱ 本籍			⑲ 筆頭者氏名		
⑳ 出生届出日	令和 年 月 日	㉑ 出生年月日	令和 年 月 日	㉒ 備考		
㉓ 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			㉔	TEL ( )		

※⑬～⑰までは医師・助産師証明欄、⑱～㉔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 月 日		
	被保険者 (請求者)	住所	
		氏名	
	代理人 (事業主)	住所	
		事業所名	
	氏名		

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	
--------------------	--

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の名称をご記入ください。

・ ( )健康保険組合	・ ( )市区町村国民健康保険
・ 全国健康保険協会 ( )支部	・ ( )国民健康保険組合
・ ( )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

### 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)	・ ( )健康保険組合    ・ ( )市区町村国民健康保険 ・ 全国健康保険協会( )支部    ・ ( )国民健康保険組合 ・ ( )共済組合 該当する健康保険の名称をご記入ください。			
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の被保険者等記号・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