

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	歳	
	被保険者の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)						
	住所	(〒	—)	<input type="checkbox"/> 都	<input type="checkbox"/> 道	<input type="checkbox"/> 府	<input type="checkbox"/> 県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()					

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※退職者も必ず署名してください。	令和	年	月	日
	氏名					

振込先指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 金庫	<input type="checkbox"/> 信組	<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 支店	
		<input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 漁協	<input type="checkbox"/> 出張所	<input type="checkbox"/> 本所	<input type="checkbox"/> 支所	
		その他 ()					
預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通	<input type="checkbox"/> 3. 別段	<input type="checkbox"/> 2. 当座	<input type="checkbox"/> 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>	右づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ (姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)						
	<input type="text"/>						

「申請者・医師・助産師・市区町村長記入用」は
2ページに続きます。〉〉〉

受付日付印



健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者(申請者)・医師・助産師・市区町村長記入用

申請内容	1 出産した者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	
	1-① 出産した者の	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	2 出産した年月日	令和 年 月 日	
	3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在	
	3-① 「生産」の場合出生人数	人	3-② 「死産」の場合死産児数
4 出産した医療機関等	名称	所在地	
5 出産した方	●被保険者 → 退職後6ヵ月以内の出産ですか。 ●家 族 → 当組合に加入後6ヵ月以内の出産ですか。		<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ
5-① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 ●被保険者 → 現在加入している保険者について ●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について	保険者名		記号・番号
5-①-(1) 同一の出産について、3-①の保険者より出産育児一時金を	<input type="checkbox"/> 1. 受けた/受ける予定 2. 受けない		

証明欄 (いずれかにご記入ください)	医師・助産師による証明の場合	出産者氏名	出産年月日	令和 年 月 日
		出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 週)
上記のとおり相違ありません。(所在地及び名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印願います。)				
		医療機関の所在地	令和 年 月 日	
		医療機関の名称		
		医師・助産師の氏名	電話 ()	
証明の場合(生産のみ)	市区町村長による	本籍	筆頭者氏名	
		母の氏名	出生児氏名	出生年月日 令和 年 月 日
上記のとおり相違ありません。(所在地及び名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印願います。)				
		市区町村長名	令和 年 月 日	

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	11	番号	123456	生年月日	年	月	日	
	被保険者の (右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和	4	7	5	33 歳
	氏名	(フリガナ)	ケンポ	リョウコ	<input checked="" type="checkbox"/> 平成				
	住所	(〒	〇〇〇	-	〇〇〇〇)	△△	都	道
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	070	(0000)	1111			△△△マンション601

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※退職者も必ず署名してください。	令和	7	年	9	月	7	日
	氏名	健保 亮子							

振込先指定口座	金融機関 名称	〇〇〇	銀行	金庫	信組	本店	支店	農協	漁協	出張所	本所	支所
	預金種別	1	1. 普通	3. 別段	口座番号	123456	右づめでご記入ください。	2. 当座	4. 通知			
	口座名義	▼カタカナ (姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)										
		ケンホ°	リョウコ									

「申請者・医師・助産師・市区町村長記入用」は
2ページに続きます。〉〉〉

受付日付印



健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者(申請者)・医師・助産師・市区町村長記入用

申請内容	1 出産した者	1	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
	1-① 出産した者の氏名	健保 亮子	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 4 年 7 月 5 日
	2 出産した年月日	令和 7 年 8 月 10 日	
	3 生産または死産の別	1	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在
	3-① 「生産」の場合出生人数	1 人	3-② 「死産」の場合死産児数 人 3-②-(1) 「死産」の場合妊娠経過期間 満 週
4 出産した医療機関等	名称 黒猫レディースクリニック	所在地 東京都△△区××1-2-3	
5 出産した方	●被保険者 → 退職後6ヵ月以内の出産ですか。 ●家 族 → 当組合に加入後6ヵ月以内の出産ですか。	1 1. はい 2. いいえ	
5-① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 ●被保険者 → 現在加入している保険者について ●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について	保険者名 ○○健康保険組合	記号・番号 123・456789	
5-①-(1) 同一の出産について、3-①の保険者より出産育児一時金を	2	1. 受けた/受ける予定 2. 受けない	

証明欄(いずれかにご記入ください)

医師	出産者氏名	出産年月日	令和	年	月	日
医師・助産師または市区町村長記入欄 ※被保険者は記入しないでください。 ※医師・助産師または市区町村長に記入を依頼してください。						
	市区町村長名					

