

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

1

2

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"/>	
	氏名	(フリガナ)					
	住所	(〒	-)	都	道	府
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()				
「委任状」欄に日付を記入のうえ署名してください。							

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(予定)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	退職(予定)者又は法定相続人の方が申請する場合はご記入ください。					
	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 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 <input type="text"/> 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

「申請者・医師・助産師・市区町村長・事業主記入用」は
2ページに続きます。>>>

受付日付印



ヤマトグループ健康保険組合

1/2

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)・医師・助産師
・市区町村長・事業主記入用

申請内容	1 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
	1 - ① 「生産」の場合出生人数	人	1 - ② 「死産」の場合死産児数	人	1 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間
	2 出産した医療機関等	名称	所在地		
	3 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
3 - 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				
3 - 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	出生年月日	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		

事業主記入欄	上記のとおり相違ありません。						
		令和	年	月	日		
	事業所所在地						
	事業所名称						
	事業主氏名	電話	()			

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄



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		
	被保険者の (右づめ)	11	123456	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	4	7	5	33 歳
	氏名	(フリガナ) ケンポ リョウコ 健保 亮子						
	住所	(〒 ○○○ - ○○○○) △△ 都道 府県 △△市△△番△△号 △△△マンション601						
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 070 (0000) 1111							
「委任状」欄に日付を記入のうえ署名してください。								

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(予定)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	退職(予定)者又は法定相続人の方が申請する場合はご記入ください。		
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号
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(ㇿ)は1字としてご記入ください。)		
	ケンホㇿ リョウコ		

申請内容	1 出産した者	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

「申請者・医師・助産師・市区町村長・事業主記入用」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

1

2

被保険者(申請者)・医師・助産師
・市区町村長・事業主記入用

申請内容	1 生産または死産の別	1	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在	
	1 - ① 「生産」の場合出生人数	1 人	1 - ② 「死産」の場合死産児数 人	1 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間 満 週
	2 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	
	3 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
3 - 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			
3 - 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	記号・番号 123・456789			
		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						

事業主記入欄	上記のとおり相違ありません。
	事業主記入欄 ※被保険者は記入しないでください。
社会 提出代	