

健康 保 険 組 合 記 入 欄	受付	常務	事務長	管理M	給付M	担当者	特記事項	
	被保険者資格取得日	昭平令	年	月	日	被保険者資格喪失日	年 月 日	
	対象者資格取得日	昭平令	年	月	日	対象者資格喪失日	年 月 日	
	対象者区分	本人・家族						
	支給決議金額	単胎児の場合			,000 円	多胎児の場合		,000 円

健康保険 出産育児一時金支給申請書

被 保 険 者 記 入 欄	①記入日	令和	年	月	日	②事業所名	
	③記号		④番号			⑤被保険者氏名	
	⑥分娩日	年	月	日	⑦連絡先電話番号		
	⑧分娩者氏名	(被保険者との続柄)					
	⑨出生児氏名	(被保険者との続柄)					
	⑩委任状 ※退職者も必ず署名すること。	この請求に係る給付金の受領を事業主に委任します。 署名					
	⑪退職者振込先口座	銀行名		支店名		口座番号	
		口座名義 (フリガナ) (漢字)					
	⑫従前加入健保 ※ 当健保加入後 6 か月以内に出産した場合は、従前に加入されていた健康保険について記入のこと。	健康保険名称					
		加入時氏名					
		記号番号 (区分)		-		本人・家族	
		加入期間					

※ 分娩者が従前の健康保険組合（国保を除く）に被保険者として1年以上加入していた場合は、不支給証明書を添付してください。

医 師 の 記 入 欄	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠 日)	分娩予定日	年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎 (児)	分娩日	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。)			
	医療機関	令和 年 月 日		
	所在地: 名称: 医師名:	電話番号:		

事 業 主 記 入 欄	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。)			
	事業主	令和 年 月 日		
	所在地: 名称: 氏名:	電話番号:		