

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	令和 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	令和 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	

(任意継続・退職者用)

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	令和 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	令和 年 月 日
	出 生 児 の 数	単胎 ・ 多胎 (児)	分 娩 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。)			
	医療機関 所在地: 名 称:		令和 年 月 日	
	医師名:		電話番号:	