

健保組合 使用欄	支給決議			支払年月日	令和 年 月 日	シーケンスNO.	
	常務理事	事務長	担当者	法定 支給 円	取得 喪失	平成・令和 年 月 日	
				付加 支給 円	金額	令和 年 月 日	

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金支給申請書

※書類経路：被保険者（請求者）↓医療機関・助産院または市区町村役所・役場（証明）↓被保険者↓健保組合	被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号・番号	1 1 -	生年月日	昭和 年 月 日	被保険者 (請求者) の氏名	(フリガナ)	
		被保険者 (申請者) の住所	〒 () - () - ()					
	被扶養者が出産したための 申請であるときはその者の 氏名	被扶養者 名	被扶養者 生年月日	昭和 平成	年 月 日			
	出産した 年月日	令和 年 月 日	生産児数	人	死産児数	人	妊娠 経過期間	週
	出生児の氏名						被保険者と 出生児の続柄	
	出産した医療機関等の 名称						所在地	
	この下の欄は、健康保険に加入していた家族が、退職後6ヶ月以内に出産された場合のみ、該当欄に記入してください。 ※健保組合使用欄							
	出産した方が被扶養者になる 以前に勤務していた 事業所の 名称						所在地	
	勤務期間	平・令 年 月 ~ 令 年 月		勤務当時 の旧姓				健保組合 担当 様 不支給確認済 令和 年 月 日 担当者印
	振込希望 口座	預金別 種別	普通 ・ 当座	金融機関名 (ゆうちょ銀行 を含む)	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所
口座番号	口座名義		(カタカナで記入)					
受取代理人 の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者 住所 (請求者) 氏名 (フリガナ) 代理人 (フリガナ) の氏名 住所 〒 () - () - () Tel () - () - ()							
医師・助産師 証明欄	出産した 年月日	令和 年 月 日	生産又は 死産の別	生産・死産 (妊娠 週)				
市区町村長 証明欄	出生 届出日	令和 年 月 日	出生児氏名	出生年月日			令和 年 月 日	
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 (印)								

◎ 受取代理人欄は、給付金の受領を第三者に委任する場合に記入してください。

令和 年 月 日 提出

マイナンバーで申請したい方は健康保険組合までご連絡ください。

受付日付印

【添付書類】

・医療機関発行の明細書コピー

※出産費用の合計額と産科医療補償制度の項目の記載があるもの。

※直接支払制度を利用していないことが確認できること。

【注意】

※ 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、出生児の氏名の記載は不要です。

(2024.12.1)