

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 平成	年 月 日	被 保 險 者 (請求者) の 氏 名	(フリガナ)		
		被 保 險 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	被 扶 養 者 氏 名		被 扶 養 者 生 年 月 日	昭和 平成 令和	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 險 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		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 險 者 (請求者)		住 所 氏 名				
代 理 人 の 氏 名	(フリガナ)	代 理 人 の 住 所		(フリガナ)	〒 () - () - ()			

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)				
	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 (児)		備 考				
	上 記 の と お り 相 違 な い こ と を 証 明 す る。			医 療 機 関 (助 産 院)	の 所 在 地			
	令和 年 月 日			名 称				
				医 師 (助 産 師)	の 氏 名		ⓧ	
				Tel () - ()				

市 区 町 村 長 証 明 欄	本 籍				筆 頭 者 氏 名			
	出 生 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		
						ⓧ		

◎ 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)