

健保組合	支 給 決 議	支 払 年 月 日	令 和 年 月 日	シーケンスNO.	
	「記号・番号」はご自身のマイナポータルや「資格情報のお知らせ」に記載してありますのでご確認の上、ご記入ください。 本人と被扶養者は同じ記号番号です。 ご不明な場合は事業所にお問い合わせください。				平成・令和 年 月 日
					令和 年 月 日

記入例

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 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記 号 番 号	1 1 0 1 - 1 2 3 4	生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成 5 0 1 1 0 1	被 保 険 者 (請 求 者) の 氏 名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎		
	被 保 険 者 (申 請 者) の 住 所	〒 472 - 8686 Tel (0 566) 82 - 9851 愛知県知立市山町茶碓山19 自宅住所を記入						
	被 扶 養 者 が 出 産 し た た め の 申 請 者 であるときはその者の氏名	被 扶 養 者 名	健保 花子		被 扶 養 者 生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成 5 5 0 5 3 0		
	出 産 し た 年 月 日	令 和 0 1 0 6 1 5	生 産 児 数	1 人	死 産 児 数	0 人	妊 娠 経 過 期 間	40 週
	出 生 児 の 氏 名	健保 一郎		被 保 険 者 と 出 生 児 の 続 柄	長男			
	出 産 し た 医 療 機 関 等 の 名 称	富士総合病院 産婦人科		所 在 地	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇			
	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	Tel () -		健保組合 担当 様 不支給確認済 令和 年 月 日 担当者印			
	勤 務 期 間	平成・令和 年 月 ~ 令和 年 月	勤 務 当 時 の 旧 姓					
	振 込 希 望 口 座 預 金 種 別	普通 当座	金 融 機 関 名 (ゆうちょ銀行を含む)	知立		銀 行 金 庫 農 協	富 士	本 店 支 店 出張所
口 座 番 号	0 1 2 3 4 5 6	口 座 名 義	(カタカナで記入) ケンボ タロウ					
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 代理人 (フリガナ) 氏 名 住所 (フリガナ) 〒 - Tel () -							
医 師 ・ 助 産 師 証 明 欄 (どちらか一方で可)	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 文書料金ががかかります (印) 医 師 の 氏 名 (助産師) Tel () -							
市 区 町 村 長 証 明 欄	本 籍	愛知県知立市山町茶碓山19		筆 頭 者 氏 名	健保 太郎			
	出 生 日	令 和 1 年 6 月 20 日	出 生 児 氏 名	健保 一郎	出 生 年 月 日	令 和 1 年 6 月 15 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 知立市長 〇〇〇〇 (印) 無料です							

◎ 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 1 年 6 月 15 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。

【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。

受付日付印