

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	支 法 付 給 内 訳	円	資格取得	平成・令和 年 月 日
						資格喪失	令和 年 月 日
				付加付	円	支給金額	

## 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	被保険者証の記号・番号			生 年 月 日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日			被 保 險 者 (申請者) の 氏 名 と 印			(フリガナ)			
	被 保 險 者 (申請者) の 住 所			Tel ( ) -			事 業 所 名 称						
	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			死 産 児 数			
	出 生 児 の 氏 名			被 保 險 者 と 出 生 児 の 続 柄			妊 娠 経 過 期 間			週			
	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			Tel ( ) -			
	勤 務 期 間			平・令 年 月 ~ 令 年 月			勤 務 当 時 の 旧 姓			担当 様 不支給確認済 令和 年 月 日 担当者印			
	振込希望口座		預金種別	普通・当座	金融機関名 (ゆうちょ銀行を含む)			(フリガナ) 銀行 (フリガナ)			本店 支店 出張所		
口 座 番 号		口 座 名 義			(フリガナ)								
受取代理人欄 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 印													
代理人の氏名			(フリガナ)			代理人の住所			(フリガナ) 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 )		
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。 令和 年 月 日 医療機関 (助産院) の 所在地 名 称 医 師 の 氏 名 (助産師) 印 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 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。

**【添付書類】**

- ※ 産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産の場合  
・加入証明スタンプ押印のある領収書の写し

~~~~~ 受 付 日 付 印 ~~~~~