

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	支払内訳	法定給付	資格取得 喪失	平成・令和 年 月 日
				付加給付		支給金額	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 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		生 年 月 日		被 保 険 者 (フリガナ)			
	1	1	-	昭和 平成	年	月	日	被 保 険 者 (請求者) の氏名
	被 保 険 者 (申請者) の住所		〒 ( ) - ( ) - ( ) Tel ( ) - ( )					
	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 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 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	
	振込希望口座	預金別	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) の氏名		代理人 (フリガナ) の住所		〒 ( ) - ( ) - ( ) 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)				
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 (助産師) の氏名 (フリガナ) Tel ( ) - ( )								
市区町村長証明欄	本籍	筆頭者氏名						
出生届	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 (フリガナ)								

◎ 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】  
・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