

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	平成・令和 年 月 日
					付加給付	喪失	平成・令和 年 月 日
						支給金額	

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	被保険者証の記号・番号			生 年 月 日	被 保 険 者 (申請者) の氏名と印	(フリガナ) ケンボ タロウ
	1 1 0 1 - 1 2 3 4	昭和 5 0 1 1 0 1	平成	健保 太郎	健保 太郎	Ⓜ
	被保険者 (申請者) の住所	(フリガナ) アイケンチュウシヤママチャウスヤマ 〒 472 - 8686 Tel (566) 82 - 9851 愛知県知立市山町茶碓山19	事業所 名称	(株)FUJI		
	被扶養者が出産するための 申請であるときはその者の 氏名	被 扶 養 者 氏 名	健保 花子	被 扶 養 者 生 年 月 日	昭和 5 5 0 5 3 0	平成 令和
	出産した 年月日	令和 1 0 6 1 5	生産児数	1 人	死産児数	0 人
	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	
	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) チリュウ 銀行 (フリガナ) フジ	本店	支店 出張所
口 座 番 号	0 1 2 3 4 5 6	口 座 名 義	(フリガナ) ケンボ タロウ	健保 太郎		
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			文書料金がかかります		
代理人の氏名	(フリガナ) 健保 太郎	代理人の住所	(フリガナ) ケンボ タロウ	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。 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 ① 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 ① 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】

※ 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

妊娠85日以上22週未満の出産・死産は39万円
妊娠22週以降は39万円または42万円(産科医療補償制度加入の場合)
双子の場合は2人分支給。退職後6ヶ月以内の出産でも支給可