

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
					円	喪失	令和 年 月 日
				付加給付	円	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			1 1 0 1 - 1 2 3 4	生 年 月 日	昭和 年 月 日	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 <b>自宅住所を記入</b>						
入 す る と こ ろ	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			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
入 す る と こ ろ	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	
入 す る と こ ろ	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		勤務当時 の旧姓		健保組合 担当 様 不支給確認済 令和 年 月 日 担当者印
入 す る と こ ろ	振込希望 口座	預金種別	普通	金融機関名 (ゆうちょ銀行を含む)	知立			銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
	口座番号	0 1 2 3 4 5 6			口座名義	ケンボ タロウ			
入 す る と こ ろ	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。								
	受取代理人の 氏名	(フリガナ)			代理人の住所	(フリガナ)			Tel ( ) -
証明欄 (どちらか一方で可)	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 )			
	市区町村長 証明欄	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。								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								文書料金がかります	
Tel ( ) -								印	
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。								無料です	
令和 年 月 日								市区町村長名	
知立市長 〇〇〇〇								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 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