

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

健保 太郎

申請内容

1 出産した者

2

1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）

1 - ①

家族の場合はその方の

氏名

健保 花子

生年月日

 昭和 平成

02

年

10

月

22

日

2 出産した年月日

令和

01

年

05

月

01

日

3 生産または死産の別

1

1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3 - ①

「生産」の場合出生人数

2

人

3 - ②

「死産」の場合死産児数

人

3 - ② - (1)

「死産」の場合妊娠経過期間

満

週

4 出生児の氏名

健保 桜子

5 出産した医療機関等

名称

〇〇〇病院

所在地

大阪府〇〇区△△□-□-□

6 出産した方

●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。

●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。

2

1. はい 2. いいえ

6 - ①

「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。

●被保険者 → 現在加入している保険者について

●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について

保険者名

記号・番号

6 - ① - (1)

同一の出産について、6 - ①の保険者より出産育児一時金を

1. 受けた／受ける予定 2. 受けない

証明欄（いずれかにご記入ください）

医師・助産師による証明の場合

出産者氏名

健保 花子

出産年月日

令和

01

年

05

月

01

出生児の数

単胎

多胎 → (

) 児)

生産または死産の別

生産

死産 → (妊娠

) 週)

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 〇〇 年 2 月 2 日

医療施設の所在地 大阪府〇〇区△△□-□-□

医療施設の名称 〇〇〇病院

医師・助産師の氏名 △△ △△

市区町村長による証明の場合（生産のみ）

本籍

筆頭者氏名

母の氏名

出生児氏名

出生年月日

令和

年

月

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