

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者情報	記号	番号	枝番	生年月日	年	月	日	
	被保険者等の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	氏名	(フリガナ) _____			事業所名	_____		
	住所	(〒 _____)	都 道	市 郡	府 県	区	_____	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL (_____)							
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)								

※原則、被保険者宛に支給致します。被保険者名義の口座をご記入ください。

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 (_____)	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="text" value="1"/> 1. 普通	口座番号 <input type="text"/>
	口座名義	<input type="text"/> 1. 申請者 <input type="text"/> 2. 事業主	

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

委任欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	代理人 (口座名義人)	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ 住所 _____ TEL (_____) 氏名・印 _____	

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者等の記号番号を記入した場合は不要です
 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が別途必要です
 被保険者のマイナンバー記載欄 _____

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄 _____

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

1 2
申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

申請内容

1 出産した者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族（被扶養者）	
1 - ① 家族の場合はその方の	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
2 出産した年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産 <input type="checkbox"/> 3. 生産・死産混在	
3 - ① 「生産」の場合出生人数	<input type="text"/> 人	3 - ② 「死産」の場合死産児数 <input type="text"/> 人
		3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間 満 <input type="text"/> 週
4 出生児の氏名		
5 出産した医療機関等	名称	所在地
6 出産した方	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ ●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。	
6 - ① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。	保険者名	記号・番号
	●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	
6 - ① - (1) 同一の出産について、日研健保以外から出産育児一時金を	<input type="checkbox"/> 1. 受けた／受ける予定 <input type="checkbox"/> 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	出生年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (<input type="text"/> 児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠満 <input type="text"/> 週 / <input type="text"/> 日)
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		医療施設の所在地 医療施設の名称 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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		市区町村長名

【添付書類】

- 出産費用の領収書・明細書原本（産科医療保障制度対象分娩の際は加入分娩機関証明印のあるもの）
- 直接支払制度利用制度合意文書の写し
- ＜生産の場合＞
- 医師・助産師による出産証明、または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明を受けてください。
- ＜死産の場合＞
- 医師・助産師に限って証明を受けてください。