

常務理事	事務長		係

【見本】委任払いの場合

健康保険 被保険者 家 族 出産育児一時金 支給申請書

1 2 被保険者(申請者)記入用

受付日付印

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号	記号 〇〇	番号 △△△△△	事業所名 〇〇株式会社 △△営業所
	氏名	(フリガナ) クミアイ ハナコ 組合 花子		生年月日 □ 昭和 ☑ 平成 2 年 3 月 4 日 □ 令和
	住所	(〒 〇〇〇 - ××××) 〇〇市〇〇一丁目〇〇-△△		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 059 (123) 5678		
☑ 本申請書の提出を事業主へ委任します。 事業主経由での提出の場合、必ずチェックしてください				

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協	本店 支店 出張所 支所
	預金種別	給付金受領先が事業主の場合は、事業主の口座を記入	
	口座名義 (カタカナ)		口座名義 の区分 □ 申請者 ☑ 代理人 (委任代理人の欄へ記入ください)

委任代理人の欄	被保険者 (申請者)	本請求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 8 年 2 月 12 日
	氏名	組合 花子		住所「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	住所	(〒 -) TEL ()		委任者と 代理人との 関係
	代理人 (口座名義人)	給付金の受領を委任する 事業主等の氏名・住所を記入		事業主

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

添付書類
☐ 医療機関等から交付される合意文章の写し ☐ 出産費用の領収・明細書の写し

受付年月日	申請書はA4・両面印刷をお願いします				円
給付年月日					円
資格取得					円
資格喪失	令和 年 月 日	標準報酬月額			千円

(R8. 8版)

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

組合 花子

申請内容

1 出産した者	☒ 被保険者 ☐ 家族（被扶養者）				
1 - ① 家族の場合はその方の	氏名	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月 日
2 出産した年月日	令和 8 年 1 月 18 日				
3 生産または死産の別	☒ 生産 ☐ 死産 ☐ 生産・死産混在				
3 - ① 「生産」の場合出生人数	1 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 出産した医療機関等	名称	〇〇病院		所在地	〇〇市〇〇一丁目〇〇-△△
5 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。		☐ はい ☒ いいえ		
5 - 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		
5 - ① - (1) 同一の出産について、5 - ①の保険者より出産育児一時金を	☐ 受けた／受ける予定		☐ 受けない		

証明欄（いずれかに「」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 年 月 日
	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 年 月 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 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		

(R8. 8版)