

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 出産育児一時金付加金

支給申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

申請内容

1 出産した者 ☐ 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

生年月日

☐ 昭和
☐ 平成
☐ 令和

年 月 日

2 出産した年月日 令和 年 月 日

3 生産または死産の別 ☐ 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3 - ①
「生産」の場合出生人数

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

所在地

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。

☐ 1. はい 2. 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

☐ 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

出産年月日

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

印

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

印