

健康保険	被保険者 家族	出産育児一時金及び付加金	支給申請書	1	2
被保険者（申請者）・事業主記入用					

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	記号	番号	生年月日	年	日	日							
	被保険者 番号・番号	4	5	6	7	8	☒ 昭和 ☐ 平成	6	2	4	1	0	
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎											
	住所	(〒 151 - 0051)						東京 都 道 渋谷区千駄ヶ谷2-37-9 TEL (日中の連絡先) 03 (3404) 7344					

※下記確認欄へ☑をお願いします。

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。
☒	① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については、誤りがないか申請者本人が確認している。

委 任 状 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 5 年 7 月 1 日
	氏名	健保 太郎	住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
	(〒 151 - 0051)	令和 5 年 7 月 2 日		
代理人 (健保口座名義人)	事業所所在地 事業所名称 氏名 電話番号	東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇設計事務所 設計 大助 03 (3404) 9545		

受 取 口 座	公金受取口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は☑。利用しない場合は上記委任状欄を記入。)
------------------	--------	--

【付加給付について】

令和3年4月1日以降のご出産より、法定給付に加えて1児につき100,000円が付加金として支給されます。
※資格喪失後の出産については、付加金は支給されません。

【添付書類について】

- 合意文書の写し（直接支払制度を利用しないことが明記された写し）
- 医療機関等が発行する出産費用の内訳が記載された明細書の写し（出産年月日、出生児数等が明記された写し）

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者の氏名（サイン）をご記入ください。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます>>

記入例

「直接支払制度」を利用しなかった場合

- 申請書は、消えない黒のボールペン等を使用し丁寧に記入ください。

被保険者が亡くなられて、相続の方が申請される場合は、申請される方の「氏名」、「住所」をご記入ください。
※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。また、「委任状欄」に振込口座をご記入ください。

●振込口座記入例

被保険者 （申請者）	氏名	令和 年 月 日
代理人 (健保口座名義人)	事業所所在地 事業所名称 氏名 電話番号	令和 年 月 日
	ケンポ ジロウ 〇〇銀行 〇〇支店 普通 〇〇〇〇〇〇〇〇	

必ずご確認いただき、確認欄に☑をお願いします。

公金受取口座をご利用される場合は、委任状欄の記入は不要です。

添付書類の見本については、当組合HPをご参考ください。

●TOP>各種手続き>ライフシーン>出産したとき

健康保険	被保険者 家族	出産育児一時金及び付加金	支給申請書	1	2
申請者・医師・市区町村長記入用					

記入例

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 ☐ 令和 63 年 8 月 20 日
	2 出産した年月日	令和 5 年 6 月 13 日			
	3 出産または死産の別	1	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在		
	3-①生産の場合は 出生人数	2	人	3-②死産の場合は 死産児数	人
	3-②-（1）死産の 場合は妊娠経過期間		満	週	
	4 出産した医療機関等	名称	〇〇レディースクリニック		
	所在地	東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇			
5 出産した方	●被保険者 ➡ 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●被扶養者 ➡ 当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか。		2	1. はい 2. いいえ	
5-①		「はい」の場合は、保険者名と記号・番号をご記入ください。		保険者名	
		●被保険者 ➡ 現在加入している保険者について ●被扶養者 ➡ 当組合加入前に加入していた保険者について		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	

死産の場合は、死産児数とともに妊娠からの週数をご記入ください。

証明欄（医師・助産師・明助の産場組合に いづれかにご記入ください。）	出産者氏名	健保 花子	出産年月日	令和 5 年 6 月 13 日	
	出生児の数	☐ 単胎 ☒ 多胎 ➡ （ 2 児）	生産または 死産の別	☒ 生産 ☐ 死産 ➡ （妊娠 週 日）	
	上記のとおり相違ないことを証明する。				
	医療施設の所在地		東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇		
	医療施設の名称		〇〇レディースクリニック		
	医師・助産師の氏名		保健 太郎		
	令和 5 年 8 月 10 日				
	証市明区 明助の産場 組合長（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					

「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。

死産の場合は、医師（助産師）に妊娠からの週数と日数を証明頂いてください。
例）妊娠からの日数が86日の場合「妊娠12週86日」

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。