

被保険者（申請者） 情報	記号	4	5	6	番号	7	8	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	6	2	年	4	月	1	0	日
	被保険者等 記号・番号																
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎															
	住所	(〒 151 - 0051) 東京 都道府県 渋谷区千駄ヶ谷 2-37-9 TEL(日中の連絡先) 03 (3404) 7344 <input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (委任される場合は左記確認欄へ☑をお願いします。)															

「直接支払制度」を利用した場合

・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	事業所所在地	令和 年 月 日
	事業所名称	
	氏名	
	電話番号	

ケンポ ジロウ
〇〇銀行 〇〇支店
普通 〇〇〇〇〇〇

被保険者が申請書の提出を事業主へ委任される場合、確認欄に☑をお願いします。

※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。
<input checked="" type="checkbox"/>	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。

必ずご確認いただき、確認欄に☑をお願いします。

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
	代理人 (健保口 口座名義人)	事業所所在地 事業所名称 氏名 電話番号	住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ 令和 5年 7月 2日

氏名 健保 太郎
(〒 151 - 0051)
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

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。

受取口座	公金受取口座	<input type="checkbox"/> 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する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	
-----------------------	--

受付印

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

「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	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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		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 (いづれかにご記入ください。)	医師・助産師の場合に	出産者氏名	出生年月日	令和	年	月	日
		出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 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					
		医療施設の名称					
市区町村長(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。						
		市区町村長名		Ⓜ			
	令和	年	月	日			

医療機関から交付される領収・明細書に「出産年月日」および「出生児数」が記載されている場合、もしくは死産の場合で「死産年月日」および「妊娠週数」が記載されている場合は、証明を受けていただく必要はありません。

【証明欄の省略について】
・ 出産費用明細書の写し(出産年月日、出生児数の記載があるもの)を添付する場合は上記証明欄の省略可
※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。
全国設計事務所健康保険組合

※証明欄を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者(医師・助産師・市区町村長)の氏名(サイン)が必要です。市区町村長の場合は、併せて押印も必要となります。