

被保険者（申請者）情報

被保険者寺
記号・番号

記号

番号

生年月日

在

日

日

被保険者寺
記号・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

☒ 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)

※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

代理人
(健保口座名義人)

(〒151 - 0051)
令和 5 年 7 月 2 日
事業所所在地 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
事業所名称 〇〇設計事務所
氏名 設計 大助
電話番号 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）

受付印

※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>>

「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、相続人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)

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
氏名
(〒 -)
ケンポ ジロウ
〇〇銀行 〇〇支店
普通 〇〇〇〇〇〇〇〇

委任状欄

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
()

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。

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

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。
●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

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

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（いずれかにご記入ください。）

医師・助産師
の証明

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

令和 5 年 8 月 10 日

医師・助産師の氏名

保健 太郎

市町村
長の証明

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

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。