



被保険者 健康保険 家族 出産育児一時金支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		被保険者生年月日			被保険者氏名		(フリガナ)		
	-		昭和・平成・令和 年 月 日							
	事業所名称		事業所所在地							
	被保険者の住所		(フリガナ) 〒 -							
	被扶養者が出産したための請求であるときはその者の		氏名			生年月日		昭和・平成・令和 年 月 日		
	出産した年月日	令和 年 月 日	生産児数 人	死産児数 人	死産の旨		妊娠経過期間		週	
	出産した医療機関等		名称			所在地				
	出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか		ある・ない			出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由				
下記①と②に該当するときは、次のことについてご記入ください。										
①出産した本人が資格喪失（退職）後、6ヶ月以内の出産で、その後家族の被扶養者になったとき					②出産した家族が認定されてから6ヶ月以内の出産で以前の健康保険の被保険者であったとき					
<ul style="list-style-type: none"> 現在加入の保険者名 保険証の記号番号 被保険者の氏名 					<ul style="list-style-type: none"> 以前加入の保険者名 保険証の記号番号 令和 年 月 日 喪失 					

※医療機関から交付される代理契約に関する文書（合意文書）の写しを添付してください。
※医療機関から交付される出産費用の領収・明細書（費用内訳書）の写しを添付してください。

医 師 ・ 助 産 師 ま た は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	出産した年月日	令和 年 月 日	出生児の数	単胎・多胎（ 児）	生産又は死産の別	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					
	医療施設の名称・所在地					
	医師・助産師名					
	本籍				筆頭者氏名	
出生届出日	令和 年 月 日	出生者氏名			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 ㊟						

委 任 欄	本申請に基づく給付に関する受領を下記の者に委任します。 令和 年 月 日	
	住所	
	被保険者の氏名	
	事業所所在地	
委任された者の事業所名称		
事業主氏名		

令和 年 月 日提出
健保受付日付印

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
被保険者証の記号番号を記載された場合は不要です。（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄	
-----	--

【 注 意 】

※この用紙は、直接支払制度を利用されていない場合にお使いください。

※医療機関から交付される代理契約に関する文書（合意文書）の写しを添付してください。

※医療機関から交付される出産費用の領収・明細書（費用内訳書）の写しを添付してください。（産科医療補償制度の対象分娩の時は『産科医療補償制度の対象分娩です』と明記された領収書）

※この用紙には、医師・助産師または市区町村長の出生証明のどちらかの証明をもらってください。