

記入例

健康保険

被保険者
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	被保険者の記号・番号	600-123	被保険者生年月日	昭和・平成・令和 55年4月1日	被保険者氏名	(フリガナ) セキユ タロウ 石油 太郎		
	事業所名称	(株) 石油 健保	事業所所在地	名古屋市東区西桜 3-2-1				
	被保険者の住所	(フリガナ) ナゴヤシヒガシクミナミサクラ 〒123-4567 名古屋市東区南桜 1-2-3 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇						
	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	石油 花子	生年月日	昭和・平成・令和 60年10月1日	産の は 旨	妊娠経過期間	40週	
	出産した年月日	令和 3年5月5日	生産児数	1人	死産児数	人	死産の旨	
	出産した医療機関等名称	名古屋石油医院	所在地	名古屋市中区正木 三丁目2番70号				
	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他の健康保険の被保険者であったとき				

※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		医師・助産師または市区町村長証明欄			
出生届出年月日	年 月 日	出生届出年月日	年 月 日	出生届出年月日	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		

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 3年 5月 20日
	住所 名古屋市東区南桜 1-2-3
	被保険者の氏名 石油 太郎
事業所所在地 名古屋市東区西桜 3-2-1	
委任された者の事業所名称 (株) 石油 健保	
事業主氏名 代表取締役 東海 太郎	

令和3年5月20日提出

健保受付日付印

申請する場合は、備考欄へ記載してください。

被保険者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

記号・番号を記載した場合、本欄への記載は不要です。

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより