

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

申請内容	1 出産した者	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	生年月日	和暦（ ）	年 月 日			
	2 出産した年月日	和暦（ ）		年	月 日			
	3 生産または死産の別	1. 生産		2. 死産	3. 生産・死産混在			
	3 - ① 「生産」の場合出生人数	人	3 - ② 「死産」の場合死産児数	人	3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 週		
	4 出生児の氏名							
5 出産した医療機関等	名称	所在地						
6 出産した方	●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。		1. はい			2. いいえ		
6 - ① 「はい」の場合、『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 ●家 族 → 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					
6 - ① - (1) 同一の出産について、6 - 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					

証明欄 (いずれかにご記入ください)	医師・助産師による証明の場合		出産者氏名	出産年月日	和暦（ ）	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)			
	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	医師・助産師の氏名			
		和暦（ ）	年	月	日	印		
市区町村長による証明の場合(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	和暦（ ）	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		印			
		和暦（ ）	年	月	日			