【2024年12月改訂】

1 2

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者記入用

常務理事	事務長	担当者
	記入例	

【提出先】 東リ健康保険組合

被保険者情報							
被保険者等	記号	1234	番号	5678	事業所・所属部署	○○株式会社○○営業所	
氏名	健保　太朗				生年月日	1985 年 12 月 1 日	
住所	（〒 111 － 1111 ） ○○県○○市○○町2－15－6						
電話番号（日中の連絡先）	012 （ 234 ） 5678						

振込先				
☐ 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☑　利用しない場合は下記の欄を記入） 注）口座情報の反映には登録から数日を要します。				
金融機関名称	○○○ 銀行		○○○ 支店	
預金種別	普通	口座番号	0 1 2 3 4 5 6	右づめでご記入ください
口座名義（被保険者）	ケンポ　タロウ			カタカナでご記入ください

被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です

記号番号ではなくマイナンバーでの申請をご希望の方は余白に記入してください。
マイナンバーを記入した場合、「個人番号カードの写し（両面）」または「個人番号通知カードまたは個人番号が付記された住民票」と「本人を確認できる書類（運転免許証またはパスポート等）の写し」の添付が必要となります。

2ページに続きます ＞＞＞

健保使用欄				
資格取得年月日	年 月 日	資格喪失年月日	年 月 日	
支払年月日	年 月 日	支給額	円	
支給内訳	出産育児一時金	円		
	出産育児一時金付加金	円		
備考				

受付印

健康保険 被保険者 被扶養者 出産育児一時金 支給申請書

被保険者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名
健保　太朗

申請内容

1 出産した者	☐ 被保険者 ☑ 家族（被扶養者） →	氏名	健保　恵	
		生年月日	1987 年 6 月 10 日	
2 出産した年月日	2024 年 12 月 18 日			
3 生産または死産の別	☑ 生産　☐ 死産　☐ 生産・死産混在			
3－①「生産」の場合出生人数	1 人	3－②「死産」の場合死産児数	人	3－③「死産」の場合妊娠経過期間 満 週
4 出産した医療機関等	名称	○○産婦人科		
	所在地	○○県○○市○○町5－1－28		
5 出産した方　●被保険者 ➡ 退職後6ヵ月以内の出産ですか？ ●家　族 ➡ 当組合に加入後6ヵ月以内の出産ですか？	☑ はい　☐ いいえ			
5－①「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』 ●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	○○健康保険組合		
	記号・番号	112－55678		
5－② 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	☐ 受けた ／ 受ける予定　☑ 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	健保　恵	出産年月日	2024 年 12 月 18 日
出生児の数	☑ 単胎　☐ 多胎（　　児）	生産または死産の別	☑ 生産　☐ 死産（妊娠　　週）

上記のとおり相違ないことを証明する。
2024 年 12 月 21 日

医療施設の所在地　○○県○○市○○町5－1－28
医療施設の名称　○○産婦人科
医師・助産師の氏名　○○　○○

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	年　月　日

上記のとおり相違ないことを証明する。
年　月　日

市区町村長名　　印