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 記号	被保険者 番号	所属事業所
2 8		

常務理事	事務長	審査	担当者

被保険者				
氏名	印	住民票住所	〒　　ー	
昭和 平成	年　月　日生	電話番号	(　　)　　ー	

※該当欄に☑を記入してください。

分娩した人	☐ 被保険者(本人) ☐ 被扶養者(家族)	☐ 被保険者(本人) 資格喪失後 喪失日 令和　年　月　日	
氏名 (分娩者が家族の場合)		生年月日 (分娩者が家族の場合)	☐ 昭和 ☐ 平成　年　月　日
分娩区分	☐ 分娩 (単胎) ☐ 分娩 (多胎　　人)	☐ 死産　死産の場合の妊娠経過期間 満　週	
出産した年月日	令和　年　月　日		
出産した医療機関	所在地 名称		
添付書類	● 医療機関等が発行した領収証および明細書(コピー可) (産科医療保障制度に該当する場合は、それを証する所定の押印が必要です。) ● 直接支払制度を用いないことの記載がされている旨の書類		
申請者委任欄	上記のとおり申請します。なお、給付金の受領は、事業主に委任します。 令和　年　月　日　被保険者氏名　　印		

＜分娩についての証明＞

出産者氏名		出産年月日	令和　年　月　日	出生児	☐ 分娩 (単胎) ☐ 分娩 (多胎　　人) ☐ 死産　妊娠 第　週

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

住所・名称
医師・助産師の氏名　　印
市区町村長名

＜健保記入欄＞

支給決定日		備考	
出産育児一時金			
家族出産育児一時金		支給額	