

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 | <input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | |
| | 2 出産した年月日 | 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | | |
| | 3 生産または死産の別 | <input type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産 <input type="checkbox"/> 3. 生産・死産混在 | | |
| | 3 - ① 「生産」の場合出生人数 | <input type="text"/> 人 | 3 - ② 「死産」の場合死産児数 | <input type="text"/> 人 |
| | 3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間 | 満 <input type="text"/> 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。 | | <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 1. 受けた／受ける予定 <input type="checkbox"/> 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 | 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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。 令和 年 月 日 | 医療施設の所在地 医療施設の名称 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 | 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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 |