



## 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

 昭和  
 平成  
 令和

年

月

日

2 出産した年月日

令和

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 出産した医療機関等

名称

所在地

5 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

5 - 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

5 - ① - (1)

同一の出産について、5 - 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

令和

年

月

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。

医療施設の所在地

令和

年

月

日

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

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

令和

年

月

日

印

ご本人の記入例

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の(右づめ)	1	12345	<input type="checkbox"/> 昭和	070601		
	氏名	(フリガナ) ヤマダ ハナコ		<input checked="" type="checkbox"/> 平成			<input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 231 - 0000 ) 神奈川県 横浜市中区●●町1-2					
電話番号(日中の連絡先)	TEL 045 (224) 1234						
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)							

振込先指定口座

退職した方のみ記入ください。  
(こちらに記入する場合、名義区分は  
1.申請者にしてください)  
※公金口座受取払いは支払日まで日数がかかります。

退職した方のみ記入

口座名義の区分 2 1.申請者 2.代理人

受取代理人の欄

被保険者(申請者)

氏名

山田 華子

2.代理人の時のみ記入

本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。

令和 5年10月8日

被保険者の会社証明欄

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

未記入

(2023.4)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

## 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

山田 華子

申請内容

1 出産した者

1

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

 昭和  
 平成  
 令和

年

月

日

2 出産した年月日

令和 05 年 10 月 02 日

3 生産または死産の別

1

1. 生産 2. 死産 3. 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 - ② - (1)

「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

健保産科クリニック

所在地

横浜市中区●●町45-6

5 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。

2

1. はい 2. いいえ

5 - 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

5 - ① - (1)

同一の出産について、5 - ①の保険者より出産育児一時金を

人

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）

出産した医療機関または  
区役所(市役所)のどちらか一方にて  
証明を受けてください。

役所証明の方が手数料が安くなります。

※ 出産時の『領収・明細書』の写しと『代理契約に関する文書』の写しを添付してください。

## ご家族の記入例

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の(右づめ)	1	12345	<input type="checkbox"/> 昭和	06	06	01
	氏名	(フリガナ) ヤマダ タロウ	山田 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 平成			
	住所	(〒 231 - 0000 )	神奈川県 横浜市中区●●町1-2	<input type="checkbox"/> 令和			
電話番号(日中の連絡先)	TEL 045 (224) 1234						
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)							

振込先指定口座

退職した方のみ記入ください。  
(こちらに記入する場合、名義区分は  
1.申請者にしてください)  
※公金口座受取払いは支払日まで日数がかかります。

退職した方のみ記入

口座名義の区分 2 1.申請者  
2.代理人

受取代理人の欄

本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 5年10月8日

被保険者(申請者)	氏名	山田 太郎	2.代理人の時のみ記入
-----------	----	-------	-------------

被保険者の会社証明欄

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

未記入

(2023.4)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

## 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 山田 太郎

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 山田 華子	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 07 年 02 月 02 日
	2 出産した年月日	令和 05 年 10 月 02 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	1 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 出産した医療機関等	名称 健保産科クリニック	所在地 横浜市中区●●町45-6	
5 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 1. はい 2. いいえ	
5 - 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 ●×商事健康保険組合	記号・番号 300-1234567	
5 - ① - (1) 同一の出産について、5 - ①の保険者より出産育児一時金を	2 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）

出産した医療機関または  
区役所(市役所)のどちらか一方にて  
証明を受けてください。

役所証明の方が手数料が安くなります。

※ 出産時の『領収・明細書』の写しと『代理契約に関する文書』の写しを添付してください。