



健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

1

2

ページ

被保険者・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 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"/> 1.昭和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 2.平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 3.令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
② 出産した年月日	令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	③ 出産費用の額 (領収・明細書の額) <input type="checkbox"/> 円
④ 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1.生産 2.死産 3.生産・死産混在	
④-1 「生産」の場合 合 出生児数	<input type="checkbox"/> 人	④-2 「死産」の場合 合 死産児数 <input type="checkbox"/> 人
		④-2-(1) 「死産」の場合 妊娠からの週数及び日数 満 <input type="checkbox"/> 週 ( <input type="checkbox"/> 日 )
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か月以内の出産ですか。 ●家 族⇒当健康保険組合加入後6か月以内の出産ですか。 <input type="checkbox"/> 1.はい 2.いいえ	
	『はい』の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。	
⑥-1 ●被保険者⇒現在加入している保険者について ●家 族⇒当健康保険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 2.受けない	

※ 下記の欄に医師・助産師による証明または市区町村の証明が必要となります。  
 なお、証明が受けられない場合は別途書類が必要となりますので申請書3枚目をご確認ください。

証明欄 (いづれかにご記入ください)

医師・助産師による	出産者氏名	出産年月日	令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 1.単胎 → ( <input type="checkbox"/> 児 ) 2.多胎	生産または死産の別 <input type="checkbox"/> 1.生産 → 満 <input type="checkbox"/> 週 2.死産 → ( <input type="checkbox"/> 日 )
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日		
市区町村長による (生産のみ)	本籍	筆頭者氏名	
	母の氏名	出生年月日	令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
	出生児数	<input type="checkbox"/> 人	出生児氏名
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日		
		市区町村長名	( 印 )

添付書類をご用意ください。（コピーと指定していないものは原本が必要です。）

①医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書のコピー

領収・明細書には「産科医療補償制度の対象分娩であること（該当する場合のみ）」が明記されているもの。

②医療機関等から交付される直接支払制度に係る合意文書のコピー

直接支払制度を利用しないと署名があるもの。

申請書に医師・助産師または市区町村長の証明を受けられない場合は下記のいずれかの書類の添付。

③出生が確認できる書類

（戸籍謄（抄）本、戸籍記載事項証明書、登録原票記載事項証明書、出生届受理証明書、住民票など）

④死産が確認できる書類

（死産証書（死胎検案書）など）

※証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。

※被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合は、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等を添付してください。