

# 出産育児一時金支給申請書 記入例

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

1 2  
被保険者(申請者)記入用

1	記号	9 8 7	番号	6 5 4 3 2 1	4	マイナンバー	
	氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎			生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 10月 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 〇〇 〇 〇
2	住所	〒 110 - 0000 東京 墨田区〇〇			1-2-3	□□マンション×××号	
3	電話番号	TEL. 090 (1234) 〇〇〇〇					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は記) ※事業主へ委任する場合、下記欄の記入は不要です。							

金融機関 名	〇〇〇〇	支店(支店) 〇〇〇	支店(支店) 〇〇〇
預金種別	普通	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
口座名義	ケンポ タロウ		
ゆうちょ	記号	1 〇 ※	口座番号

※通帳の記載がある方のみご記入ください

## 【添付書類】

- ・医療機関から交付された合意文書の写し  
(直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結していない場合および申請先となる当健康保険組合名が記載されているもの)
- ・出産費用の領収・明細書の写し  
(産科医療保険制度の対象分娩か否かを確認するため)

## 【国外での出産】

- ・出生届を日本国内へ提出した場合  
添付書類は不要です。当申請書の説明欄に市区町村長の証明を受けてください。
  - ・出生届を日本国外へ提出した場合  
「出生証明書等の公的に出生を確認出来る書類の写し」又は「医療機関や医師等が行った出生に関する証明書の写し」  
その他英文(翻訳者が署名し、住所及び電話番号を明記してください)
- ※公的書類の例：出生届書記事事項証明書、在留国の出生証明書、大使館・領事館発行の出生届受理証明書など

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。 ) ) )

社会保険労務士の 提出代行署名記録欄	受付日付印
-----------------------	-------

記入もれや誤りが多いところ (特にご注意ください。)

- 1 記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書(保険証)」に記載されています。
- 2 家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。  
被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。  
(住所、振込先口座も同様です。)
- 3 事業主へ委任する場合は、チェックしてください。
- 4 ①の被保険者等記号・番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

\* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

# 出産育児一時金支給申請書 記入例

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・市区町村記入用

被保険者氏名 **健保 太郎**

申請者氏名	1 出産した者 <input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)
	5 氏名 <b>健保 花子</b> 生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <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 出産または死産の別 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 人 3-② 「死産」の場合死産児数 <input type="checkbox"/> 人 3-③-① 「死産」の場合訂正届は返納期 <input type="checkbox"/> 満 <input type="checkbox"/> 週
4 出産した医療機関等 名称 <b>〇〇産婦人科医院</b> 所在地 <b>東京都△△区〇〇×-×-×</b>	
6 出産した方 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 既加入済 <input type="checkbox"/> 未加入済	2 1. はい 2. いいえ
	3-① 「はい」の場合、被保険者名と上記等(番号)をご記入ください。 ●被保険者 ⇒ 現在加入している被保険者について ●家族 ⇒ 当組合加入時に加入していた被保険者について
	3-③-① 同一の出産について、3-③-②の被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

7 証明の場合(医師・助産師による)	出生者氏名	出生年月日 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
	出生児の数 <input type="checkbox"/> 胎動 <input type="checkbox"/> 分娩( ) 死) 出産または死産の別 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(胎動 死)	
上記のとおり正確なことを証明する。 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師・助産師の氏名		
市区町村長による証明の場合(市区町村長による)	名称	申請者氏名
	卒の氏名	出生者氏名
	出生年月日 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	
上記のとおり正確なことを証明する。 市区町村長		

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 5 出産した方が家族(被扶養者)の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。
- 6 出産日の前後6か月以内に他の健康保険などに加入している(いた)場合はご記入ください。
- 7 医師・助産師の証明又は市区町村長の証明を受けてください。(市区町村長の証明は「生産」のみとなります。)

\* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。