

記入例

※ 直接支払制度または受取代理制度を利用しご出産される場合は、別の申請となります。

健康保険

出産育児一時金・付加金支給申請書

直接支払制度
利用なし

被保険者(申請者)が記入するところ	①被保険者等 記号・番号	記号 50	②被保険者氏名 (申請者)	*この申請書を当組合に申請するため他の保険者へ申請いたしません 健保 太郎					
		番号 54321							
	③被保険者(申請者) 住所・電話番号	〒 144 - 0000		TEL 03 (× × × ×) × × × ×					
		東京都大田区〇〇〇—〇〇〇							
	④被保険者生年月日	昭和 平成 5 年 1 月 25 日	⑤所属会社名	ANA△△△株式会社					
	⑥出産した方	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(家族) →被扶養者の氏名・生年月日を下記へ記入して下さい							
		被扶養者氏名 健保 華	被扶養者 生年月日	昭和 平成 5 年 10 月 20 日					
	⑦生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 混在	生産 児数	人	死産 児数	人	死産の場合 妊娠経過期間	妊娠	週
	⑧出産年月日	令和 6 年 12 月 15 日	⑨出生児氏名	健保 翼					
	⑩備考								

給付金受取先	⑪委任状	この申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 <input checked="" type="checkbox"/> 在籍している事業所の事業主 (※「@振込口座欄」の記入は不要) 氏名: 健保 太郎 住所: 「被保険者住所」				
	⑫振込口座	銀行・信組 金庫・農協	本店 支店	預金種別	<input type="checkbox"/> 当座	
	口座番号	※カタカナで記入してください				

在籍者の方は、委任状欄の「在籍している事業所の事業主」に✓を付け、被保険者名を記入して下さい。

⑬証明欄(※いずれか一方で証明を受けて下さい)	医師・助産師証明欄	出産年月日	令和 6 年 12 月 15 日	出生児数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)
		生産・死産の別	<input checked="" 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します。		証明日: 令和 7 年 1 月 18 日	
		医療機関等所在地	東京都大田区〇〇〇2-2		
		医療機関等名称	△△△総合病院		
	医師・助産師氏名	山田 一郎			
	市区町村長証明欄	本籍		筆頭者氏名	
		母の氏名		出生年月日	令和 年 月 日
		上記のとおり		証明日: 令和 年 月 日	
		市区町村長			(印)

医師または市区町村長どちらか一方の証明をもらって下さい。