



健康保険 被保険者  
家 族

## 出産育児一時金・付加金

支給申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

健 保 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 健保 花子	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 3 年 4 月 10 日
	2 出産した年月日	令和 4 5 年 4 月 1 0 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
4 出産した医療機関等	名称 阪和産婦人科クリニック	所在地 大阪府中央区〇〇町1-1-1	
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 全国健康保険協会 〇〇支部	記号・番号 36057000 - 32	
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	出生者氏名	出生年月日	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 → ( <input type="text"/> 児)	生産または死産の別 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 <input type="text"/> 週)	医療施設の所在地	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 医師 又は 市区町村の署名をもらってください			
市区町村長による	本籍	筆頭者氏名	出生年月日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	母の氏名	出生児氏名	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	