

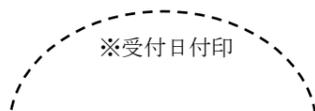
健康保険(被保険者・被扶養者)出産育児一時金支給申請書

被保険者情報	被保険者等	記号	番号	氏名
	住所		TEL ()	

対象者情報	出産者氏名	被保険者との続柄		
	出産年月日	令和 年 月 日	生産児数 死産児数 人 人	
	出産児の氏名	被保険者との続柄		
	出産した医療機関等	名称	所在地	
	出産した方	●被保険者 → 資格喪失後の出産ですか。 ●被扶養者 → 当組合加入後6か月以内の出産ですか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		はいの場合	●被保険者 → 現在加入している健康保険について	保険者名
●被扶養者 → 以前加入していた健康保険について			記号・番号	
同一の出産について上記の保険者より出産育児一時金を			<input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない	

委任状	給付金の受領を次の者に委任いたします。	
	所在地	
	名称	
	氏名	
被保険者氏名	令和 年 月 日	

令和 年 月 日 提出



被保険者が資格喪失後請求の場合記入

支払金融機関の欄	支払金融機関名	農協 銀行 信金・信組		本・支店(所)
	預・貯金口座	種別	普・当	口座番号
	預・貯金口座名義人	(フリガナ)		

●『医師・助産師による証明』または『市区町村による証明』をご記入ください。

医師・助産師による証明欄	出産者氏名	出生年月日	令和 年 月 日
	出産児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)	生産・死産の別
	上記のとおり相違ないことを証明する。		医療機関所在地
	令和 年 月 日	医療機関名称	電話番号
		医師・助産師氏名	

市区町村による証明欄	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。		令和 年 月 日	市区町村長名
		(印)		

【添付書類】 ①医療機関から交付された『出産費用の領収・明細書』の写し(「産科医療補償制度の対象分娩です」の文言が印字・スタンプされたもの)
②医療機関と交わした『合意文書』の写し

【注意事項】 ●被保険者が資格喪失後の請求の場合は、「委任状」に替えて「支払金融機関の欄」に記入し請求してください。
●「※」欄は記入しないでください。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--

※支給決議書	伺日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	次長	係	
	決裁日	令和 年 月 日					
	出産年月日	令和 年 月 日					
	支給額	法定	円	資格	取得	平・令 年 月 日	
		付加	円		喪失	令和 年 月 日	
		計	円	産科医療補償制度	対象 ・ 対象外		
備考							

記入例

健康保険(被保険者・被扶養者)出産育児一時金支給申請書

被保険者情報	被保険者等	記号	900	番号	829	氏名	上州 あぐり
	住所	群馬県前橋市〇〇町1129					

対象者情報	出産者氏名	上州 あぐり			被保険者との続柄	本人
	出産年月日	令和 6 年 12 月 2 日	生産児数	1 人	死産児数	0 人
	出産児の氏名	上州 かおり			被保険者との続柄	長女
	出産した医療機関等	名称	〇〇病院	所在地	群馬県高崎市〇〇町119番地	
	出産した方	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <small>●被保険者 → 資格喪失後の出産ですか。 ●被扶養者 → 当組合加入後6か月以内の出産ですか。</small>				

委任状	所在地	給付金の受領を次の者に委任いたします。	
	名称	●●市●●町●●番地 〇〇農業協同組合 代表理事組合長 大地 耕作	
	氏名		
被保険者氏名	令和 6 年 12 月 9 日	上州 あぐり	

令和 6 年 12 月 11 日 提出



被保険者が資格喪失後請求の場合記入

支払金融機関の欄	支払金融機関名	農協 銀行 本・支店(所) 信金・信組 (どちらか〇印)		
	預・貯金口座	種別	普・当	口座番号
	預・貯金口座名義人	(フリガナ)		

※支給決議書	伺日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	次長	係	
	決裁日	令和 年 月 日					
	出産年月日	令和 年 月 日					
	支給額	法定	円	資格	取得	平・令 年 月 日	
		付加	円	資格	喪失	令和 年 月 日	
計	円	産科医療補償制度		対象	対象外		
備考							

●『医師・助産師による証明』または『市区町村による証明』をご記入ください。

医師・助産師による証明欄	令和 年 月 日	□単胎 □多胎(児)	□生産 □死産 (満週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。	医療機関所在地	令和 年 月 日 医療機関名称 電話番号
市区町村による証明欄	令和 年 月 日	『医師・助産師による証明』または『市区町村による証明』をご記入ください。	
	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 (印)

- 【添付書類】 ①医療機関から交付された『出産費用の領収・明細書』の写し(「産科医療補償制度の対象分娩です」の文言が印字・スタンプされたもの)
②医療機関と交わした『合意文書』の写し
- 【注意事項】 ●被保険者が資格喪失後の請求の場合は、「委任状」に替えて「支払金融機関の欄」に記入し請求してください。
●「※」欄は記入しないでください。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--