

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・市区町村長記入用

被保険者氏名 **健保 太郎**

申請内容	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）		
	1 - ① 家族の場合はその方の	氏名 健保 春子	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="2"/> 年 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> 月 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> 日	
	2 出産した年月日	令和 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> 年 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> 月 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> 日		
	3 生産または死産の別	<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 type="text" value="1"/> 人	3 - ② 「死産」の場合死産児数 <input type="text" value=""/> 人	3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間 満 <input type="text" value=""/> 週
	4 出生児の氏名	健保 雪子		
5 出産した医療機関等	名称 △ △ 病院	所在地 世田谷区 × × 2-2-2		
6 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。		<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
6 - 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		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 checked="" type="checkbox"/> 1. 受けた／受ける予定 <input type="checkbox"/> 2. 受けない			

証明欄 (いずれかにご記入ください)	医師・助産師による証明の場合	出産 <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日 出生 <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日 (妊娠 <input type="text" value=""/> 週) 上記 令和 <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日 <input type="text" value=""/> 印
	市区町村長による証明の場合(生産のみ)	本 <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日 母の <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日 上記 令和 <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日 <input type="text" value=""/> 印

医師(助産師)または市区町村長に証明を受けて下さい。