

様式番号	
給	7

部長	課長	扱	合議

給付決定伺

※

事業所記号	被保険者番号

※

支出科目	金額
法定給付費 被保険者 家族 出産育児一時金	

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

※ ◎この申請書は「被保険者」・「家族」のどちらかを二重線で末梢願います。欄は記入しないでください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号と番号	-	取得	・	・
	勤務している(いた)事業所名		喪失	・	・
	出産した年月日及び新生児数	令和 年 月 日出産(児)			
	出産又は死産の別	【生産・死産】 (妊娠 週 日)			
	出生児が被扶養者であることの有無及び被扶養者でない時はその理由	被扶養者で【ある・ない】 (理由)			
	出産者が家族であるとき	氏名 年 月 日生 認定年月日 年 月 日			
	『直接支払制度』の利用	有 無			
	1-1. 被保険者(本人):当組合の資格を喪失して6ヵ月以内の出産ですか。	【はい・いいえ】			
	1-2. 被扶養者(家族):当組合の被扶養者となって6ヵ月以内の出産ですか。	【はい・いいえ】			
	2. 1-2で「はい」の場合、前の健保加入状況はどちらですか。	【被保険者(本人)として加入・被扶養者(家族)として加入】			

同一の出産について、他の保険者(健保組合・国保・協会けんぽ等)より
出産育児一時金を【受けた又は受ける予定・受けない】

****他の保険者への二重申請はできません****

市 医 師 村 長 の 助 産 師 の 証 明 欄 又 は	出生した年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠 週 日)
	出生児数	単胎・多胎(児)	備考	
	上記のとおり相違ないことを証明します。			
	令和 年 月 日	住所	証明者 職名	氏名
	本籍		筆頭者氏名	
	出生児氏名		出生年月日	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日 市区町村長名 (印)

上記のとおり申請いたします。

なお、必要な添付書類の提出及び申請内容に関する問い合わせを事業主経由で行うことに【同意します・同意しません】。

令和 年 月 日 被保険者 住所 (自署) 氏名 TEL - -

上記の申請について誤りのないことを証明します。

事業所名
事業主名

*注 【同意します・同意しません】について、選択がない場合には同意されたものとみなします。
*注 同意されない場合は、添付書類を封筒に入れるなどして第三者にはわからないようにされた上で事業所健康保険担当者へ渡してください。 その場合はご本人へ直接連絡させていただくことがあります。
*注 申請書は原則事業主経由での提出となります。事業主経由での提出を希望されない方は事前に当組合へお申し出ください。

【添付書類】 ①出産費用明細書(代理受領額・出産日・出生児数の記載あるもの)の写し
②合意文書の写し

◎直接支払制度の合意文書に当組合名が明記されている場合には「医師・助産師又は市町村長の証明」は必要ありません。