

支給支払決議書

受付年月日 令和 年 月 日 昭 労働理事 事務員 担当者

健康保険組合使用欄

○家族(被扶養者)に関する申請であっても、社員本人(被保険者)の情報をご記入ください。
○被保険者が亡くなられて申請する場合
・被保険者等の記号・番号、生年月日のみ被保険者の情報を記入し、それ以外は申請する方の情報(氏名、住所、電話番号、振込先指定口座)をご記入ください。
・「権利継承届兼誓約書」(別紙様式)を一緒にご提出ください。
尚、「権利継承届兼誓約書」は2ページ目の末尾記載の【添付書類】をご覧ください。

1 2

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報

被保険者等
記号・番号
(右づめ)

記号 番号

2 5 0 1 2 3 4

生年月日 年 月 日

☐ 昭和
☒ 平成
☐ 令和

1 2 3

氏名

(フリガナ) ケンポ タロウ

健保 太郎

住所

(〒 123 - 4567)

〇〇 都 道 〇〇市〇〇町〇丁目1-2

電話番号
(日中の連絡先)

TEL 123 (456) 7890

☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

振込先指定口座

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。)
注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

金融機関
名称

宇都宮 銀行 金庫 信組 日本橋 本店 支店 出張所 本所 支所

預金種別

1 1. 普通 2. 当座

口座番号

1 2 3 4 5 6 7

左づめでご記入ください。

口座名義

▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)

ケンポ ° タロウ

口座名義
の区分

1 1. 申請者 2. 代理人

※口座名義の区分が「2. 代理人」の場合のみ、受取代理人の欄をご記入ください。

受取代理人の欄

被保険者
(申請者)

本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。

令和 年 月 日

氏名

住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ

代理人
(口座名義人)

(〒 -) TEL ()

住所 (フリガナ)

氏名

委任者と
代理人との
関係

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書 出産育児一時金付加金

1 2 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	2 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 ☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 1 年 4 月 5 日
2 出産した年月日	令和 4 年 5 月 21 日
3 生産または死産の別	1 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在
3 - ① 「生産」の場合出生人数	2 人
3 - ② 「死産」の場合死産児数	人
3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 週
4 出産した医療機関等	名称 ○○ 病院 所在地 栃木県○○市1-2-3
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 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 協会けんぽ○○支部 記号・番号 12345-6789
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	2 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・助産師による証明の場合

出産者氏名	出生年月日	令和 年 月 日
出生児の数 ☐ 単胎 ☐ 多胎 ⇒ (児)	生産または死産の別 ☐ 生産 ☐ 死産 ⇒ (妊娠 週)	

医療施設の所在地

「医師・助産師による証明」または、「市区町村長による証明」を受けてください。

市区町村長による証明の場合

本籍

筆頭者氏名

【添付書類】（※原則、原本です）

- ・「医療機関等から交付される直接支払制度を利用していないことを証明する書類」（必須）コピー可
 - ・「領収明細書」（産科医療補償制度の対象となる場合）※産科医療補償制度の対象分娩であることが明記されたもの。コピー可
 - ・「医師・助産師の証明書」または「出産したことを確認できる書類（戸籍謄本等）」（申請書に医師・助産師の証明または市区町村長の証明が受けられない場合）
 - ・「医師・助産師の証明書の日本語訳（含む翻訳者の氏名・住所）」（医師・助産師の証明書が外国語の場合）
 - ・「権利継承届兼誓約書」（被保険者が亡くなられて申請する場合）
- ※こちらのQRコードからご確認ください。⇒

