

〔記入例〕

No.

※ 組 合 記 入 欄	出 産 年 月 日	令和 年 月 日					決定標準報酬月額	常務理事	事務長	担当者
	支 給 決定の額	法定				円	千円			
		付加				円	資格等	取得	昭和 平成 令和	年 月 日
		合計				円		喪失	令和	年 月 日
備 考										

健康保険 被保険者 **家族** 出産育児一時金・出産育児一時金付加金支給申請書

日揮健康保険組合 理事長 殿

令和〇〇年〇〇月〇〇日 申請

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被 保 険 者 証 の	記号	× × ×	② 勤務している、または勤務していた事業所（会社）の名称	(任継者は「任意継続被保険者」、特退者は「特例退職被保険者」と記入してください。)				
		番号	〇〇〇	〇〇〇〇株式会社					
	③ 被 保 険 者 氏 名	日 揮 太 郎			④ 生 年 月 日	昭和	58	年 11 月 23 日	
	⑤ 家族が出産したため申請するときはその旨	⑦ 氏 名	日 揮 花 子		① 生 年 月 日	昭和	62	年 9 月 15 日	
	⑥ 申請者の住所	〒							
	⑦ 出産した年月日	令和	1	年 10 月 25 日	⑦ 死産のときはその旨	該当なし		⑧ 妊 娠 過 期 間	10 ヵ月 2 週
	⑧ 入院して出産したときその病・産院の	⑦ 名称	〇〇産婦人科病院						
		⑧ 所在地	横浜市港南区上大岡〇-〇-〇						
	⑨ 出生児の氏名	日 揮 一 朗	⑦ 被 保 険 者 と の 出生児の関係	長男		⑧ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない		
	⑩ 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由	該当なし						⑪ 備 考	
	⑫ 家族(被扶養者)の出産で、その者が退職後6ヵ月以内の申請の場合	退職時の保険者(組合)名と電話番号	保険者名	〇〇〇〇健康保険組合		電話番号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇		
		退職日	令和	1	年 5 月 31 日	被保険者証の記号番号	記号	× × ×	番号
	上記保険者(組合)へ出産育児一時金の請求はいたしません。						署名	日 揮 花 子	

村 医 師 が ・ 助 産 師 が ・ 証 明 す る ま た は 市 区 町 村 長 の 証 明	⑬ 助産師	⑦ 出産年月日	令和 年 月 日	⑧ 出生児の数	単胎・多胎(児)		⑨ 備考	
	⑭ 助産師	⑦ 出産区分	生産・死産(妊娠 ヵ月)		⑩ 出産に関し健康保険で入院の有無	有・無		
	⑮ 市区町村	⑦ 本 籍				⑪ 筆頭者氏名		
		⑦ 出生届出日	令和 年 月 日	⑫ 出生児氏名			⑬ 出生年月日	令和 年 月 日
	⑯ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日							
<b>医師・助産師または市区町村長の証明</b> 医療施設の所在地 所在地 医師・助産師名 市区町村長名								

委 任 状	本申請に基づく出産育児一時金および同付加金に関する受領を代理人(事業主)に委任します。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
被 保 険 者	氏名 日 揮 太 郎 (日揮) 代理人(事業主) 住所 氏名 (印)

事業所 担当者印	
-------------	--

※ 受付日付印