

※ 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					千円			
		付加					資格等	取得	昭和 平成 令和	年 月 日
		合計						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 年 月 日 申請

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被 保 険 者 証 の	記号	(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	② 勤務している、または勤務していた事業所(会社)の名称						
	③ 被 保 険 者 氏 名						④ 生 年 昭 月 日 和 平 成	年 月 日	
	⑤ 家族が出産した ための申請である ときはその旨	⑦ 氏 名				① 生 年 昭 月 日 和 平 成	年 月 日		
	⑥ 申請者の住所	〒							
	⑦ 出産した年月日	令和 年 月 日	⑦ 死産のとき はその旨			⑧ 妊 娠 過 期 間	カ月 週		
	⑧ 入院して出産した ときはその病・産院の	⑦ 名 称							
		⑧ 所在地							
	⑨ 出生児の氏名	⑦ 被 保 険 者 と の 出生児の関係			① 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						⑪ 備 考		
⑫ 家族(被扶養者)の出産 で、その者が退職後6カ 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			電話番号				
	退職日	令和 年 月 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			

村 医 師 が ・ 助 産 師 が ・ 証 明 産 師 す る ま た は 市 区 町 長	⑬ 助産師	⑦ 出産年月日	令和 年 月 日	① 出生児の数	単胎・多胎(児)	④ 備考		
	⑭ 市 区 町	⑦ 出 産 区 分	生産・死産(妊娠 カ月)	⑤ 出産に関し健康 保険で入院の有無	有・無			
		⑦ 本 籍				① 筆頭者氏名		
		⑦ 出生届出日	令和 年 月 日	⑤ 出生児 氏 名	④ 出生年月日	令和 年 月 日		
		⑮ 上記のとおり相違ないことを証明する。					令和 年 月 日	
	医療施設の名称・所在地							
	医師・助産師名							
	市区町村長名						印	

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 年 月 日
被 保 険 者	氏名
	住所
	代理人(事業主) 氏名
	印

事業所 担当者印

※ 受 付 日 付 印