

- (注) ①双生児出産のときは、申請書を2枚提出してください。
 ②死産・流産のときも妊娠4ヶ月(13週)以上であれば給付の対象になります。
 ③産科医療補償制度加入医療機関での出産はスタンプ印が押印された領収証(写)を添付して下さい。
 ④被保険者は退職後6ヶ月以内、家族は当組合に加入後6ヶ月以内の出産のときは、前加入の保険者発行の不支給証明書等を添付して下さい。又、国保に加入のときは、保険料納入の領収・明細書(写)を添付して下さい。

健康保険
被保険者
家族

出産育児一時金支給申請書

太枠線内は、すべて記入してください。

被保険者の記入欄			
記号・番号	—	事業所名	
被保険者の氏名		生年月日	昭和 年 月 日 平成
出産した者の氏名		生年月日	昭和 年 月 日 平成
出産日	令和 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠週)
出産した医療機関等	名称 所在地		
出産者が出産前6ヶ月以内に他の保険に加入していた場合	保険者名 他の保険者より出産育児一時金を	記号・番号 1. 受ける／受ける予定 2. 受けない	

いずれかに証明をもらってください。

医師・助産師による証明			
出産者氏名		出生日	令和 年 月 日
出生児の数	単胎・多胎(児)	生産又は生産の別	生産・死産(妊娠週)
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 所在 医療機関の名称 医師・助産師名 印			

市 区 町 村 長 に よ る 証 明 (生 産 のみ)					
本籍				筆頭者氏名	
母の氏名		出生児 氏名		出生日	令和 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 印					