

- (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 平成	年 月 日
出産した者の氏名			生年月日	昭和 平成	年 月 日 続柄
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		記号・番号		
	他の保険者より 出産育児一時金を	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 ⑩			

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 ⑩					