



健康保険 被保険者 出産育児一時金 支給申請書  
 家族 出産育児一時金付加金 支給申請書  
 出産育児一時金等内払金

1

2

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

申請内容

1 出産した者

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

生年月日

昭和

平成

年

月

日

2 出産した年月日

令和

年

月

日

3 生産または死産の別

1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3 - ①

「生産」の場合出生人数

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

所在地

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. 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 → 出産日当日に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

記号・番号

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

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

出産年月日

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)

上記のとおり相違ないことを証明する。  
令和 年 月 日

医療施設の所在地  
医療施設の名称  
医師・助産師の氏名

市区町村長による  
証明の場合（生産のみ）

本籍

筆頭者  
氏名

母の氏名

出生児  
氏名

出生  
年月日

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