

記入日 令和 6 年 8 月 1 日

記入例

支給決定額 _____ 円

出産育児一時金（被保険者）
家族出産育児一時金（被扶養者）
支給申請書
(健保組合使用欄)

記号 - 番号	被保険者氏名		事業所の名称	
1 - 12345 ※1	大王 太郎		大王製紙株式会社	
被保険者の住所			被保険者の電話番号	
〒 799 - 0403 愛媛県四国中央市三島朝日〇〇番地			000 - 1234 - 5678	
分娩した者の氏名	大王 花子	分娩した者の生年月日	昭・平 1 年 1 月 1 日	
分娩年月日	令和 6 年 6 月 1 日	生産又は 死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 (1 人)	
出生児の氏名	(フリガナ) ダイオウ イチロウ 大王 一郎		<input type="checkbox"/> 死産 ヶ月 (週)(人)	
資格喪失後の 本人(被保険者)が 申請の場合	入社 年月日 平・令 1 年 1 月 1 日	退職年月日	令和 年 月 日	
	退職後に 加入した 保険者名	【保険者】 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 任継 <input type="checkbox"/> (夫の) 被扶養者 <input checked="" type="checkbox"/> 協会けんぽ	【名称】 () -	
家族(被扶養者)が 出産6ヶ月以内に 勤務していた場合	② 当時の 勤務先と 保険者名	【会社名】	【TEL】() -	-
		【保険者名】	【TEL】()	-
		【退職年月日】 令和 年 月 日		
①又は②の保険者に 出産育児一時金を請求しています	<input type="checkbox"/> 請求している <input checked="" type="checkbox"/> 請求していない			
(委任の場合)		を代理人として上記金額の受取方を委任します。		
(振込先金融機関名)	支店名	預金 種別	(口座番号)	(口座名義)
ふりがな 伊予 支店 みしま 三島 支店	ふりがな 三島 支店	1. 普通 2. 当座	1 2 3 4 5 6 7	ふりがな だいおう たろう 大王 太郎

助産師 又は 医師の 証明 欄	分娩年月日	令和 6 年 1 月 1 日	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 10 ヶ月 1 週)
	出生時の数	単児 (児)		
	上記の通り相違ないことを証明する。		令和 6 年 3 月 1 日	
	所在地	愛媛県四国中央市川之江町〇〇番地		医師又は助産師が証明
	医師又は助産師名	〇〇病院 〇〇〇〇		

※1. 記号と番号が不明な場合は国のマイナポータルより確認してください。
添付書類：分娩に要した費用の領収書（写し）、直接支払制度及び受取代理制度の利用合意文書（写し）

大王製紙健康保険組合