決議日付印　No.

健康保険 □被保険者 □家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者 申請者 情報

健康保険の（右づめ）	記号	番号	生年月日　年　月　日 □昭和 □平成
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒　－　）	都道府県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　）		

☑本申請書の提出を事業主へ委任します

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」の場合出征人数	□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	出生児の氏名			
5	出産した医療機関等の	名称	所在地	
6	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ヶ月以内の出産ですか	□	1．はい　2．いいえ	
	6－① 「はい」の場合、『健保組合』と『記号・番号』をご記入ください	健保組合		
	●被保険者 ➡ 現在加入している健保組合について ●家族 ➡ 当組合加入前に加入していた健保組合について	記号	番号	
	6－①－(1) 6－①の健保組合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
出産児の数	□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

医療機関の所在地
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	

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

事業主が証明するところ

上記のとおり相違ないことを証明します。
委任を受けた出産育児一時金（家族出産育児一時金）の受領は
貴組合との間できめられている所定の方法で受領いたします。

令和　年　月　日

受任者　事業所　所在地
名称
氏名

電話　（　）

担当者名

・健康保険の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

○添付書類
・医療機関等から交付される「直接医療制度不活用文書の写し」
・退院時に精算をした出産費用の「領収、明細書の写し」
・出産日が扶養認定日より6ヶ月以内の場合は「出産育児一時金不支給証明書」

【健保使用欄】

支給・支払決議書			
伺年月日	令和　年　月　日		
支払額	百万 十万 万 千 百 十 円		
法定			
分娩年月日	年　月　日		
資格	得	年　月　日	備考
	喪	年　月　日	

常務理事	事務長	担当者

受付日付印　No.

太平洋セメント健康保険組合
（給）－2024.09