

受 付 年 月 日	年 月 日
伺 年 月 日	年 月 日
決 済 年 月 日	年 月 日
支 給 額	円
標 準 報 酬 月 額	円 (第 級)

常務理事	事務長	担当者
資 格 取 得	年 月 日	
資 格 喪 失	年 月 日	
支 払 年 月 日	年 月 日	

被保険者  
家 族

出 産 育 児 一 時 金 支 給 申 請 書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		事 業 所 の 名 称	
被 保 険 者 の 氏 名		被 保 険 者 の 生 年 月 日	年 月 日
分 娩 年 月 日	年 月 日	死 亡 の と き は そ の 旨	
分 娩 し た 場 所	医 療 施 設 等 の 名 称		
	医 療 施 設 等 の 所 在 地	〒 -	
配偶者の分娩であるときはその氏名・生年月日		年 月 日	
出 生 児 の 氏 名		出 生 児 の 生 年 月 日	年 月 日
出 生 児 が 被 扶 養 者 か どうか	被扶養者で ある ない	出生児が被扶養者でないときはその理由	
他 制 度 か ら 給 付 を 受 け て い る か どうか	受けている 受けていない		
振 込 希 望 の 銀 行	銀行	支 店 ( 普 通 当 座 )	
備 考			
上記のとおり申請します。 年 月 日 健康保険組合理事長殿 〒 - 被 保 険 者 の 住 所 氏 名			

委 任 状	私は を代理人と定め、次の権限を委任する。 本申請に基づく給付金の受療に関すること。 年 月 日		
	〒 - 被 保 険 者 の 住 所 氏 名		
	〒 - 代 理 人 の 住 所 氏 名		
振 込 希 望 の 銀 行		銀行	支 店 ( 普 通 当 座 )

に 医 師 ・ 助 産 師 による証明	分娩年月日	年 月 日	生産・死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠第 月又は第 週)	
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 ( 児 )			
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 〒 - 医 療 施 設 の 名 称 ・ 所 在 地 住 所 医 師 ・ 助 産 師 名 氏 名				
に 市 区 町 証 明 長	本 籍			筆頭者氏名	
	出生届出日	年 月 日	出生児氏名	出 生 日	年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 市区町村長名 印				