

# 健康保険

被保険者  
被扶養者

# 出産育児一時金支給申請書

被 保 険 者  ( 申 請 者 )	被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号	—		被 保 険 者 ( 申 請 書 ) 氏 名	(フリガナ)		
	被 保 険 者 ( 申 請 者 ) 住 所	〒 — 電話 ( )					
	事 業 所	名 称					
		所 在 地					
	出 産 した 年 月 日	令 和 年 月 日	生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 週)			
	被 扶 養 者 が 出 産 した 時 刻 は その 者 の	氏 名 (続 柄)	( )	生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和 年 月 日		
	出 生 児 の 氏 名 (続 柄)	( )					
の 記 入 す る と こ ろ	出 産 した 被 扶 養 者 が 認 定 後 6 ヶ 月 以 内 の 分 娩 の 場 合 、 そ の 者 に 関 した 状 況	認 定 さ れ る 前 に 加 入 し て い た 健 康 保 険 は	イ. 国 民 健 康 保 険 (地 方 自 治 体)		ロ 又 は ハ の 場 合 に 記 入		
			ロ. 組 合 管 掌 健 康 保 険 (健 康 保 険 組 合)		勤 務 し て い た 事 業 所 名 称		
			ハ. 全 国 健 康 保 険 協 会 管 掌 健 康 保 険		退 職 日	令 和 年 月 日	
			ニ. 親 等 の 被 扶 養 者		健 康 保 険 の 組 合 名 又 は 事 務 所 名		
		ホ. そ の 他 ( )		記 号 ・ 番 号	—		
	日 雇 特 例 被 保 険 者 として 支 給 を 受 け た 場 合 は その 額	円	出 生 児 が 被 保 険 者 の 被 扶 養 者 で ある か	あ る ・ ない	出 生 児 が 被 保 険 者 の 被 扶 養 者 で ない 場 合 は その 理 由		
	被 保 険 者 名 義 ( 申 請 者 ) 受 取 金 融 機 関	銀 行 信 用 金 庫 信 用 組 合 農 協	本 店 支 店	種 別 普 通 座 別 当 座	口 座 番 号	7ケタで記入 	
					口 座 名 義 (カタカナ)		

市 医 区 町 村 長 が 助 証 明 する ところ は	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 ・ 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						
	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							

(千葉県トラック健康保険組合)

※ 医師・助産師又は市区町村長が証明するところの欄は  
どちらか一方の証明が必要です。

支 払 日 付 印 / 受 付 日 付 印

<添付書類>

1. 出産費用の内訳を記した明細書の写し
2. 医療機関等との出産育児一時金直接支払制度に不利用の  
合意文書の写し