

記入例

令和 年 月 日 常務

*添付書類
出産費用明細書(写)

* 出産費用明細書に医療機関の印がない場合、出産時の領収書(写)も必要です。

直接支払制度を利用した場合
～被保険者本人が出産した場合～

この部分には記入
しないでください。

該当する項目に○を付けてください

健康保険証を見て正
確にご記入ください。

令和 年 月 日

健康保険 被保険者 出産育児 一時金 申請書
家族 付加金

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証 (右つめて記入)	記号	番号	② 被保険者名 氏名	(フリガナ) ホウドウ ハナコ 報道 花子
	③ 事業所名	(勤務先名称) ○○○株式会社			
	④ 被保険者住所	〒△△△-△△△△ 埼玉県○○市○○町△△-△-△△△ Tel △△△ (△△) △△△△			
	⑤ 出産年月日	令和 △△ 年 6 月 1 日	⑥ 生産または死産の別	●生産 ●死産(妊娠 ヶ月 週 日)	
	⑦ 生産の場合の出生児数	1 人	⑧ 死産の場合の死産児数	⑨ 出産育児一時金 直接支払制度の利用	●有 ●無
	⑩ 出産した病院・産院の	⑩ 名称	○○○○○レディースクリニック		
		⑪ 所在地	埼玉県○○市○○町△-△△-△△△		
	⑪ 家族が出産した時はその者の	⑫ 氏名	⑬ 該当せず	⑭ 生年月日	昭和・平成 年 月 日
	⑫ 備考				

該当する項目に○を
付けてください

※下記欄⑬～⑭は直接支払制度を利用した方は、原則記入は不要です。但し、海外出産・死産等は記入が必要です。

⑬ 出産年月日	令和 年 月 日	⑭ 出生児数	単胎・多胎(児)
⑮ 生産または死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月 週 日)	⑯ 備考	
⑰ 上記のとおり相違ない	年 月 日		
⑱ 本籍	医療機関の名称・所在地 医師・助産師	<p>※ 直接支払制度を利用された場合は、 この欄に証明を受ける必要はありません。 但し死産の場合は医療機関で証明を受けてください。</p>	
⑲ 出生届出日	令和 年 月 日	⑳	
㉑ 上記のとおり相違ないことを証明する。	令和 年 月 日	㉒	
市区町村長名		㉓	

※⑬～⑰までは医師・助産師証明欄、⑱～㉒は市区町村長の証明欄です。

本請求に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。 令和△△年 6 月 5 日

被保険者(請求者) 住 所 埼玉県○○市○○町△△-△-△△△
氏 名 報道 花子

代理人(事業主) 住 所 東京都千代田区○○町△△-△△
事業所名 ○○○株式会社
氏 名 代表取締役 ○○ ○○

事業主(勤務先) 記入

受付日付印

※当健保組合の被保険者資格を喪失されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方、または当健保組合の被扶養者と認定されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方は別紙に記載をお願いします。

記入例

令和 年 月 日 常務

*添付書類
出産費用明細書(写)

* 出産費用明細書に医療機関の印がない場合、出産時の領収書(写)も必要です。

直接支払制度を利用した場合
～ご家族が出産した場合～

この部分には記入
しないでください。

該当する項目に○を付けてください

令和 年 月 日

健康保険証を見て正
確にご記入ください。

健康保険 被保険者 出産育児 一時金 付加金 申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証 (右つめて記入)	記号 1 2 3 - 4 5 6 7	番号 被 保 険 者 氏 名	② 被 保 険 者 氏 名 (フリガナ)	ホウドウ タロウ 報道 太郎	
	③ 事業所名	(勤務先名称) ○○○株式会社				
	④ 被 保 険 者 住 所	〒 △△△-△△△△ 埼玉県○○市○○町△△-△-△△△ Tel △△△ (△△) △△△△				
	⑤ 出産年月日	令和 △△ 年 6 月 1 日	⑥ 生産または死産の別	●生産 ●死産(妊娠 ヶ月 週 日)		
	⑦ 生産の場合の出生児数	1 人	⑧ 死産の場合の死産児数	⑨ 出 産 育 児 一 時 金 直 接 支 払 制 度 の 利 用	●有 ●無	
	⑩ 出産した病院・産院の	⑦ 名 称	○○○○○レディースクリニック			
		⑧ 所在地	埼玉県○○市○○町△-△△-△△△			
	⑪ 家族が出産した時はその	⑦ 氏 名	報道 花子	⑧ 生年月日	昭和・平成	△△ 年 8 月 1 日
	⑫ 備考					

該当する項目に○を
付けてください

※下記欄⑬～⑳⑳は直接支払制度を利用した方は、原則記入は不要です。但し、海外出産・死産等は記入が必要です。

⑬ 出産年月日	令和 年 月 日	⑭ 出生児数	単胎・多胎(児)
⑮ 生産または死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月 週 日)	⑯ 備考	
⑰ 上記のとおり相違ない	年 月 日		
医療機関の名称・所在地 医師・助産師			
⑱ 本 籍			
⑳ 出生届出日	令和 年 月 日		
㉑ 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		⑲	⑳ Tel ()

* 直接支払制度を利用された場合は、
この欄に証明を受ける必要はありません。

但し死産の場合は医療機関で証明を受けてください。

※⑬～⑰までは医師・助産師証明欄、⑱～㉑は市区町村長の証明欄です。

委 任 状	本請求に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。 令和△△年 6 月 5 日		
	被保険者 (請求者)	住 所	埼玉県○○市○○町△△-△-△△△
		氏 名	報道 太郎
	代理人 (事業主)	住 所	東京都千代田区○○町△△-△△
	事業所名	○○○株式会社	事業主(勤務先)記入
	氏 名	代表取締役 ○○ ○○	

受付日付印

※当健保組合の被保険者資格を喪失されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方、または当健保組合の被扶養者と認定されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方は別紙に記載をお願いします。

社会保険労務士の 提出代行者名	
--------------------	--

⑥ 東京都報道事業健康保険組合

記入例

直接支払制度を利用していない場合
～被保険者本人が出産した場合～

この部分には記入
しないでください。

*添付書類
・代理契約に関する(合意)文書(写)
・出産時の領収証(写)

健康保険証を見て正
確にご記入ください。

該当する項目に○を付けてください

① 被保険者証 (右つめて記入)		記号	番号	② 被保険者氏名	(フリガナ)
		1 2 3 -	4 5 6 7	報道 花子	ホウドウ ハナコ
③ 事業所名		(勤務先名称) ○○○株式会社			
④ 被保険者住所		〒△△△-△△△△ 埼玉県○○市○○町△△-△-△△△△ Tel △△△ (△△) △△△△			
⑤ 出産年月日		令和 △△ 年 6 月 1 日	⑥ 生産または死産の別 ・生産 ・死産(妊娠 ヶ月 週 日)		
⑦ 生産の場合の出産児数		1 人	⑧ 死産の場合の死産児数	⑨ 出産育児一時金 直接支払制度の利用	
⑩ 出産した病院・産院の		○有・無			
⑩ 名称	○○○○○レディースクリニック				
⑩ 所在地	埼玉県○○市○○町△-△△-△△△				
⑪ 家族が出産した時はその者の氏名	⑪ 氏名		⑪ 生年月日	昭和・平成 年 月 日	
⑪ 氏名		該当せず			
⑫ 備考					

該当する項目に○を
付けてください

※下記欄⑬～⑳⑳は直接支払制度を利用した方は、原則記入は不要です。但し、海外出産・死産等は記入が必要です。

⑬ 出産年月日		令和 年 月 日	⑭ 出生児数		単胎・多胎(児)
⑮ 生産または死産の別		生産・死産(妊娠 ヶ月 週 日)		⑯ 備考	
⑰ 上記のとおり相違ないことを証明する。		令和 年 月 日			
医療機関の名称・所在地		医師・助産師証明欄			
医師・助産師名					
⑰ 本籍		⑰ 筆頭者氏名			
⑰ 出生届出日		令和 年 月 日	⑰ 出生年月日		令和 年 月 日
⑰ 上記のとおり相違ないことを証明する。		市区町村長の証明欄			
市区町村長名		Tel ()			

医師または市区町村長の
いずれかの証明を必ず受け
てください。

※ 直接支払制度を利用し
ていない場合に限りです。

※⑬～⑰までは医師・助産師証明欄、⑱～㉑は市区町村長の証明欄です。

委任状	本請求に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。 令和△△年 6 月 5 日	
	被保険者(請求者)	住所 埼玉県○○市○○町△△-△-△△△ 氏名 報道 花子
	代理人(事業主)	住所 東京都千代田区○○町△△-△△ 事業所名 ○○○株式会社 氏名 代表取締役 ○○ ○○
	事業主(勤務先)記入	

受付日付印

※当健保組合の被保険者資格を喪失されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方、または当健保組合の被扶養者と認定されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方は別紙に記載をお願いします。

社会保険労務士の 提出代行者名	
--------------------	--

⑥ 東京都報道事業健康保険組合

記入例

令和 年 月 日 常

*添付書類

- ・代理契約に関する(合意)文書(写)
- ・出産時の領収証(写)

直接支払制度を利用していない場合
～ご家族が出産した場合～

この部分には記入
しないでください。

該当する項目に○を付けてください

健康保険証を見て正
確にご記入ください。

健康保険 被保険者 出産育児 一時金 申請書
付加金 家族

①及び⑩の欄は、それぞれ該当する文字を丸でかこんでください。
二重線で抹消して正しい内容を訂正してください。
訂正署名をしてください。(訂正印の押印してください。)
の出産であるときは、市区町村長の訂正印を押印してください。
は、○時間生存し死亡(このことは⑩欄にも記入してもらってください。)

① 被保険者証 (右つめて記入)	記号	番号	② 被保険者名 氏名	(フリガナ)	ホウドウ タロウ
	1 2 3	4 5 6 7	報道 太郎		報道 太郎
③ 事業所名	(勤務先名称) ○○○株式会社				
④ 被保険者住所	〒△△△-△△△△ 埼玉県○○市○○町△△-△△-△△△△ Tel △△△(△△)△△△△				
⑤ 出産年月日	令和 △△年 6月 1日	⑥ 生産または死産の別	○生産 ・死産(妊娠 ヶ月 週 日)		
⑦ 生産の場合の出生児数	1人	⑧ 死産の場合の死産児数	⑨ 出産育児一時金 直接支払制度の利用	○有・無	
⑩ 出産した病院・産院の	⑦ 名称	○○○○○レディースクリニック			
	⑧ 所在地	埼玉県○○市○○町△-△△-△△△△			
⑪ 家族が出産した時はその者の	⑦ 氏名	⑧ 生年月日	昭和・平成	△△年 8月 1日	
	報道 花子		平成		
⑫ 備考					

該当する項目に○を
付けてください

※下記欄⑬～⑭は直接支払制度を利用した方は、原則記入は不要です。但し、海外出産・死産等は記入が必要です。

⑬欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
⑭欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
⑮欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
⑯欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
⑰欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
⑱欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
⑲欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
⑳欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㉑欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㉒欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㉓欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㉔欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㉕欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㉖欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㉗欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㉘欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㉙欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㉚欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㉛欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㉜欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㉝欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㉞欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㉟欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㊱欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㊲欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㊳欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㊴欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㊵欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㊶欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㊷欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㊸欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㊹欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㊺欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㊻欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㊼欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㊽欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㊾欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。
㊿欄の「死産」の文字が○でかまれている場合は、妊娠何ヶ月(何週)の死産であるかを書き入れてもらってください。

⑬ 出産年月日	令和 年 月 日	⑭ 出生児数	単胎・多胎(児)		
⑮ 生産または死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月 週 日)	⑯ 備考			
⑰ 上記のとおり相違ないことを証明する。	医療機関の名称・所在地 医師・助産師名				
	医師・助産師証明欄				
⑱ 本籍	⑲ 筆頭者氏名				
⑳ 出生届出日	令和 年 月 日	㉑ 出生年月日	令和 年 月 日		
㉒ 上記のとおり相違ないことを証明する。	市区町村長名				
	市区町村長の証明欄				

医師または市区町村長の
いずれかの証明を必ず受
けてください。
※ 直接支払制度を利用し
ていない場合に限りです。

※⑬～⑰までは医師・助産師証明欄、⑱～㉑は市区町村長の証明欄です。

本請求に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。 令和△△年 6月 5日

委任状

被保険者(請求者) 住所 埼玉県○○市○○町△△-△-△△△△
氏名 報道 太郎

代理人(事業主) 住所 東京都千代田区○○町△△-△△
事業所名 ○○○株式会社
氏名 代表取締役 ○○ ○○

事業主(勤務先)記入

受付日付印

※当健保組合の被保険者資格を喪失されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方、または当健保組合の被扶養者と認定されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方は別紙に記載をお願いします。

記入例

出産育児一時金を請求される際、現在、当健康保険組合の

○『被保険者資格を喪失された方』… 下記Aに

○『被扶養者(家族)認定後6ヶ月以内の方』… 下記Bに それぞれご記入ください。

※現在または以前に加入されていた保険者へ確認を取らせていただいたうえで、支給可否を決定いたします。

**被保険者本人のご出産で、
資格喪失後、6か月以内のご出産の場合**

A 当健保組合の被保険者資格を喪失されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方。

→資格喪失日の前日まで継続して1年以上の被保険者期間(任意継続期間は除く)があることが条件となります。

①現在加入されている健康保険についてご記入ください。

○○△△	該当に○を付けてください 健保組合(協会けんぽ(支部名を記入してください) 市区町村国保・国保組合・共済組合
------	--

②上記健康保険組合等の連絡先がおわかりでしたらご記入ください。

住所 電話番号	〒 △△△-△△△△ 東京都千代田区○○町△△-△△ ○○○ビル △階 TEL △△△ (△△△) △△△△
------------	---

上記のとおり相違ありません。

報道 花子
被保険者氏名

B 当健保組合の被扶養者と認定されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方。

出産6ヶ月以前、勤務されていませんか。(①または②の該当する方に○を付けてください。)

- ①勤務していない → 下記にご署名ください。
②勤務していた → 下記についてご記入のうえ、ご署名ください。

勤務先名称			
勤務先の連絡先	()		
勤務していた期	日	ヶ月間	
加入していた健康保険(保険者)	い(支部名を記入してください)共済組合		
加入していた健康保険(保険者)連絡先	()		
加入していた健康保険証の記号・番号	記号	番号	
加入していた健康保険(保険者)への「出産育児一時金」の申請を(○で囲む)	します ・ しません		

上記のとおり相違ありません。

被保険者氏名

記入例

出産育児一時金を請求される際、現在、当健康保険組合の

○『被保険者資格を喪失された方』… 下記Aに

○『被扶養者(家族)認定後6ヶ月以内の方』… 下記Bに それぞれご記入ください。

※現在または以前に加入されていた保険者へ確認を取らせていただいたうえで、支給可否を決定いたします。

A 当健保組合の被保険者資格を喪失されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方。

→資格喪失日の前日まで継続して1年以上の被保険者期間(任意継続期間は除く)があることが条件となります。

①現在加入されている健康保険についてご記入ください。

この欄は記入する必要はありません		さい 部名を記入してくださ 組合・共済組合
②上記健康保険組合		
住所 電話番号	TEL (
ご家族のご出産で、 扶養認定後、6か月以内のご出産の場合	氏名	該当する項目に○ を付けてください

B 当健保組合の被扶養者と認定されて6ヶ月以内の出産に伴い申請される方。

出産6ヶ月以前、勤務されていましたか。(①または②の該当する方に○を付けてください。)

①勤務していない → 下記にご署名ください。

②勤務していた → 下記についてご記入のうえ、ご署名ください。

勤務先名称	(以前の勤務先名称)	株式会社〇〇△△
勤務先の連絡先	△△△ (△△△)	△△△△
勤務していた期間	△年 4 月 1 日 ~ ○年 3 月 31 日迄	△年 ○ヶ月間
加入していた健康保険(保険者)	〇〇△△	該当に○を付けてください 健保組合・協会けんぽ(支部名を記入してください) 市区町村国保・国保組合・共済組合
加入していた健康保険(保険者)連絡先	△△△ (△△△)	△△△△
加入していた健康保険証の記号・番号	記号 12345	番号 67890
加入していた健康保険(保険者)への「出産育児一時金」の申請を(○で囲む)	します	・ しません

上記のとおり相違ありません。

報道 太郎

被保険者氏名