支給決議書													
伺年月日	令和　年　月　日							常務理事	事務長	経　理	扱　者	被扶養者 台帳照合印	
支給年月日	令和　年　月　日												
支　給　額													
支給内訳	法定	款	項	目					資格	得	年　月　日	扶養認定日	
										喪	年　月　日	年　月　日	
	付加	款	項	目					出産日	令和　年　月　日			

KW

健康保険　被保険者
被扶養者　出産育児一時金・付加金請求書

被保険者（申請者）記入用

（1/2）

令和　年　月　日提出

被保険者（申請者）情報						
被保険者等　記号・番号		事業所名称		業務の 種類・内容 （退職後の申請の場合は 退職前の業務）		
記　号	番　号					
氏　名	（フリガナ）	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年　月　日		
住　所	〒 都　道 府　県					
電話番号 （日中の連絡先）	（　　）	e-mail （任意）				

振込先指定口座										
金融機関名称 ※金融機関種別を〇で囲んでください				銀行 信用金庫 信用組合			金融機関 記　号			
支店名称 ※支店種別を〇で囲んでください				支　店 出張所			店番			
預金種別	普通預金	口座番号								
口座名義（カナ）										

申請者・医師・市区町村長記入用に続きます

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	

受付日付印

R6.12更新

学研健康保険組合

健康保険　被保険者　被扶養者

出産育児一時金・付加金請求書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名	

申請内容

1 出産した方　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 令和　年　月　日

2 出産した年月日　令和　年　月　日

3 出産または死産の別　1 生産　2 死産　3 生産・死産混在

3-①「生産」の場合出生人数　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　※死産の場合は記入不要です

5 出産した医療機関等　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「保険者名」と「記号・番号」をご記入ください。　保険者名
●被保険者➡現在加入している保険者について
●家　族➡当組合加入前に加入していた保険者について　記号・番号

6-①-(1) 同一の出産について、6-①の保険者より出産一時金を　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

医療施設の所在地

医療施設の名称

医師・助産師の氏名

市町村長による証明の場合（生産のみ）

本籍

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

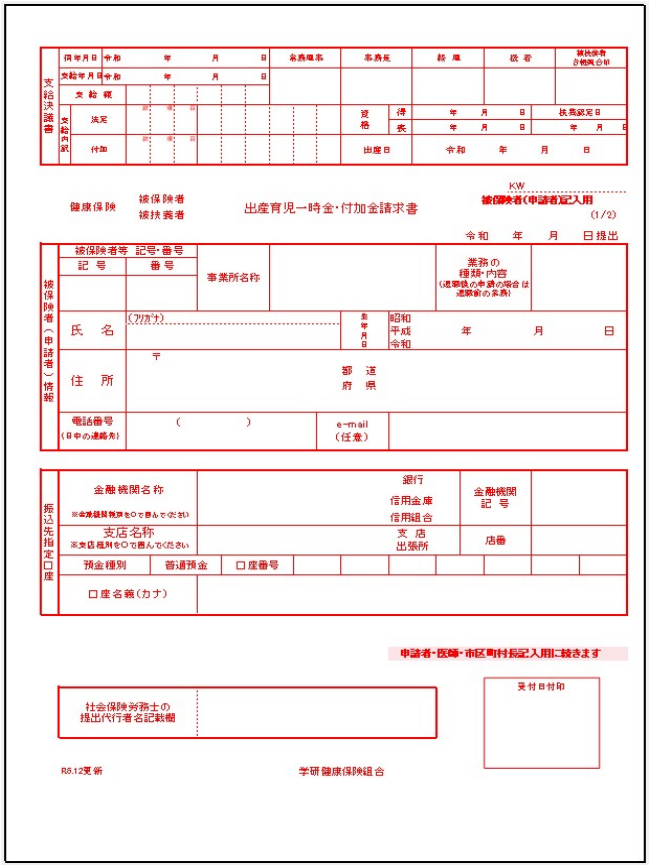
市区町村長名　㊞

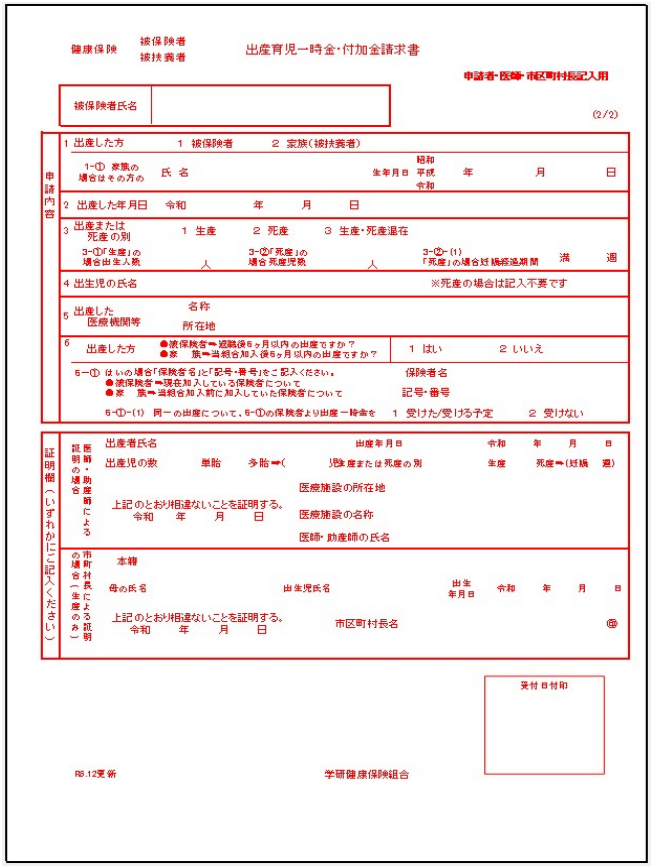
受付日付印

出産育児一時金支給請求書

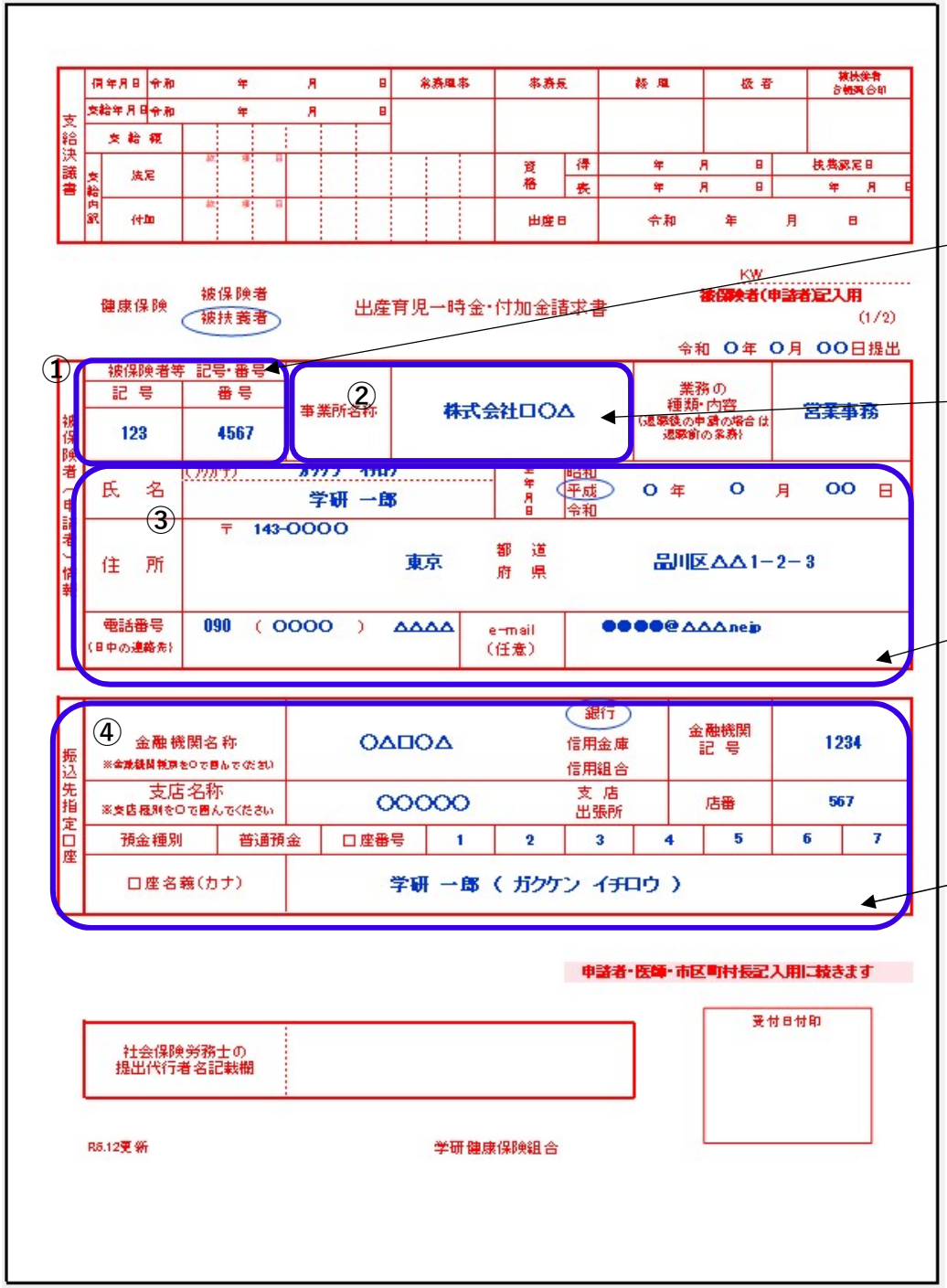
被保険者（本人）または被扶養者（家族）が出産したときの費用補助として出産育児一時金が支給されます。
医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度または受取代理制度を利用しなかった場合に申請してください。
申請書は、楷書で丁寧に記入してください。（フリクションペン等消せる筆記具は使用不可です）
ご提出の前に記入漏れ・添付書類の不足がないかをご確認ください。

申請書は下記2枚です。





添付書類　：　① 直接支払制度を利用していない事を証明する書類の写し（医療機関等より交付されます）
② 領収書（原本）（産科医療保障制度の対象分娩である場合は、その旨の押印のあるもの）
（領収・明細書に、直接支払制度を利用していない旨が記載されている場合①は不要です）



両面印刷は不可

① マイナポータルや「資格情報のお知らせ」等で、記号・番号をご確認ください

② お勤めの会社名を記入してください（出向中の方は原籍を記入してください）

③ 家族（被扶養者）が出産した場合でも被保険者の情報を記入してください

④ 保険証に記載の被保険者名義の口座を記入してください
ゆうちょ銀行を希望する場合は、従来の口座番号（記号・番号（13桁））ではなく、振込専用の店名（漢字3文字）と口座番号を記入してください

健康保険　被保険者　被扶養者

出産育児一時金・付加金請求書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名	学研　一郎

(2/2)

申請内容

1 出産した方　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　学研　花子　生年月日　昭和 平成 令和　0 年　00 月　00 日

2 出産した年月日　令和　0 年　0 月　0 日

3 出産または死産の別　1 生産　2 死産　3 生産・死産混在

3-①「生産」の場合出生人数　1 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　学研　健太

5 出産した医療機関等　名称　ロロレディースクリニック　所在地　東京都世田谷区ロロ4－5－6

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「保険者名」と「記号・番号」をご記入ください。
- ●被保険者➡現在加入している保険者について
- ●家　族➡当組合加入前に加入していた保険者について

保険者名　△△健康保険組合　記号・番号　00 － 0000

6-①-(1) 同一の出産について、6-①の保険者より出産一時金を　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　学研　花子　出産年月日　令和　0年　0月　0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　0年　0月　0日

医療施設の所在地　東京都世田谷区ロロ4－5－6

医療施設の名称　ロロレディースクリニック

医師・助産師の氏名　健保　二郎

市町村長による証明の場合（生産のみ）

本籍

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　㊞

受付日付印

R5.12更新

学研健康保険組合