

支給決議書	同年月日	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
	付加	款	項	目			出産日		令和	年	月	日	

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	健康保険証		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)	()					

振込先指定口座	金融機関名称 <small>※金融機関種別を○で囲んでください</small>	銀行 信用金庫 信用組合		金融機関 記号
	支店名称 <small>※支店種別を○で囲んでください</small>	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なります

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

被保険者氏名	
--------	--

(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	氏名	生年月日				
	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						
	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。 ●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	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)	証 明 師 の 場 合	出産者氏名	出産年月日	令和	年	月	日	
	助産師による	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)	
			医療施設の所在地					
		上記のとおり相違ないことを証明する。	医療施設の名称					
		令和 年 月 日	医師・助産師の氏名					
	の市町村長(生産のみ証明)	本籍	母の氏名	出生児氏名	出生年月日	令和	年	月
		上記のとおり相違ないことを証明する。	市区町村長名					
		令和 年 月 日						

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。

支払済		未納		納付済		未納		納付済	
令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日

健康保険 被保険者 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

健康保険証 記号 番号	事業所名称	業務の種類・内容 (産科医療の申請の場合は 産科医療)
氏名 (フリガナ)	生年月日 昭和 年 月 日 令和 年 月 日	昭和 年 月 日 令和 年 月 日
住所 〒	都 道 府 県	
電話番号 (日中の連絡先)	()	

金融機関名称 ※金融機関種別を○で囲んでください	銀行	金融機関 記号
支店名称 ※支店種別を○で囲んでください	信用組合	支店 出場所
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ご続き

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

R4:更新 宇研健康保険組合

健康保険 被保険者 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 (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 昭和 年 月 日
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 出産 2 死産 3 生産・死産混在
3-①「生産」の 昭和 年 月 日 3-②「死産」の 昭和 年 月 日 3-③「1」
種別(死産) 人 種別(死産) 人 種別(死産) 人
4 出生児の氏名
- 5 出産した 名称
医療機関等 所在地
- 6 出産した方 ●被保険者⇒産後6ヶ月以内の出産ですか? 1 はい 2 いいえ
●家族 ⇒当組合加入後6ヶ月以内の出産ですか?
6-① はいの場合「被保険者」と「記号・番号」をご記入ください。 被保険者名
●被保険者⇒現在加入している被保険者について 記号・番号
●家族 ⇒当組合加入前に加入していた被保険者について
6-②「1」 同一の出産について、6-①の被保険者より出産一時金を 1 受付た/受ける予定 2 受けない

出産者氏名	出産年月日	令和 年 月 日
出生児の数 産婦 多胎⇒(児)	生産または死産の別	生産 死産⇒(産婦 産)
出生児の氏名	医療施設の所在地	
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日	医療施設の名称	
	医師・助産師の氏名	

の市 本籍
区町 母の氏名 出生児氏名 出生 令和 年 月 日
長生に 母の氏名 出生年月日
よるの 上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長名
み 令和 年 月 日
一

受付日付印

R4:更新 宇研健康保険組合

- 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)

【記入例 1】

支給決議書	同年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	経理	批書	被扶養者 台帳組合印				
	支給年月日	令和	年	月	日									
	支給額													
	法定					資格	得	年	月	日	扶養認定日			
支給内訳	付加									出生日	令和	年	月	日

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) 令和〇年〇月〇〇日提出

健康保険証	記号	番号	事業所名称	株式会社〇〇△	業務の種類・内容 (届後の申請の場合は 変更前の業務)	営業事務
	123	4567				

氏名	(フリガナ) ガクケン イチロウ	生年月日	昭和 〇年 〇月 〇〇日 平成 〇年 〇月 〇〇日
住所	〒 143-0000	東京都	品川区△△1-2-3
電話番号 (日中の連絡先)	090 (〇〇〇〇) △△△△		

金融機関名称	ゆうちょ	銀行	信用金庫	金融機関 記号	9900				
支店名称	三八四	支店 出張所	信用組合	店番	384				
預金種別	普通預金	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
口座名義(カナ)	学研 一郎 (ガクケン イチロウ)								

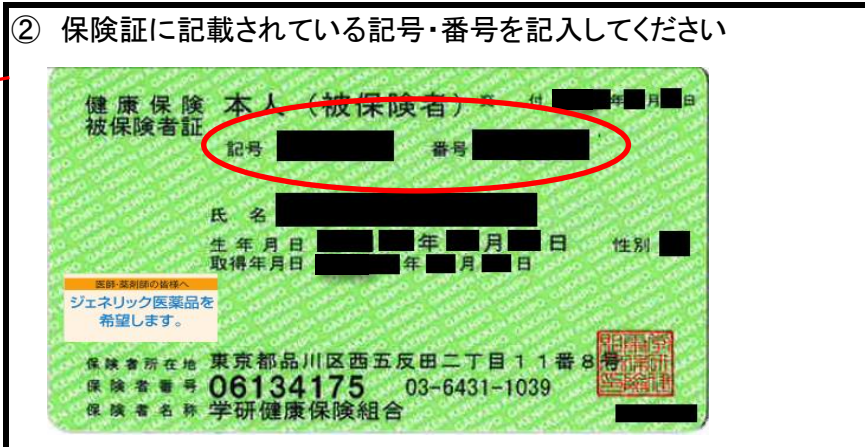
申請者・医師・市区町村長記入用に続きます

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

R4.1更新 学研健康保険組合

① 被保険者：本人
被扶養者：家族 } いずれか申請対象を○で囲んでください



③ 所属する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)

④ 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

⑤ 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

！) 必ず片面印刷で作成してください。
両面印刷された書類は受理できませんのでご注意ください。

！) 記入内容の訂正箇所には必ず訂正印を押してください。

【記入例 2】

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)

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 令和 〇年 〇〇月 〇〇日

2 出産した年月日 令和 〇年 〇月 〇日

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 □□レディースクリニック 所在地 東京都世田谷区□□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? 1 はい 2 いいえ ●家族⇒当組合加入後6ヶ月以内の出産ですか?

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 △△健康保険組合 ●被保険者⇒現在加入している保険者について 記号・番号 〇〇 - 〇〇〇〇 ●家族⇒当組合加入前に加入していた保険者について

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

8 証明欄(いずれかに記入ください)

⑧ 医師・助産師による 出生者氏名 学研 花子 出生年月日 令和 〇年 〇月 〇日 出生児の数 単胎 多胎⇒(児) 生産または死産の別 生産 死産⇒(妊娠 週) 医療施設の所在地 東京都世田谷区□□4-5-6 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 〇年 〇月 〇日 医療施設の名称 □□レディースクリニック 医師・助産師の氏名 健保 二郎

の市区町村長による(生産のみ証明)

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

R4.1更新 学研健康保険組合

⑥ 死産の場合は、死産児数とともに妊娠からの週数を記入してください

⑦ 多児出産の場合は、すべての出生児の氏名を記入してください

⑧ 「医師・助産師による出生証明」または「市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等」いずれかの証明を受けてください。