

直接支払制度を利用されなかった場合
(窓口で出産費用全額お支払いされた
場合)のみご提出ください。

健康保険 出産育児一時金申請書

常務理事	事務長	担当
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

令和 4 年 12 月 1 日提出

被保険者情報	事業所	本社
	住所 電話番号	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ■■■県■■■市■■■区■■■町●-●-● TEL: 090 (1234) 5678
	記号番号	●● - ●●●●●● 被保険者証に記載している 記号番号を記入してください
	氏名	栗本 海

記入見本

申請内容 被保険者記入	出産者氏名	栗本 海	続柄	本人	出産者 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日			
	出産年月日	令和 0 4 1 1 2 3	出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)	生産または 死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)	0	5	1	0	0	1
	被保険者(本人)が出産した場合 退職後6ヶ月以内の出産ですか?		<input checked="" type="checkbox"/> はい → 「出産育児一時金選択届」をご提出ください		<input type="checkbox"/> いいえ							
	被扶養者(家族)が出産した場合 栗本鐵工健康保険組合の被扶養者認定日から6ヶ月以内の出産ですか?		<input type="checkbox"/> はい → 「家族出産育児一時金選択届」をご提出ください		<input type="checkbox"/> いいえ							
※退職された方で、任意継続の資格取得をされない方のみ、振込先情報をご記入ください												
振込先 指定口座	銀行	支店	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号							
口座名義												

医師または 市区町村長証明	出産者氏名	栗本 海	出産年月日	令和 0 5 1 0 0 1
	出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (児)	生産または 死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 週)
	上のとおり相違ありません。		令和 4 年 11 月 28 日	
	医療機関住所	■■■県■■■市▲▲▲区■■■町◆-◆-◆	医療機関名称	◇◇◇◇産婦人科
医師氏名	■■■	電話番号	●● - ●●●● - ●●●●	
母の氏名		出生年月日	令和 年 月 日	
上のとおり相違ありません。		令和		
市区町村長名				

医師または助産師の証明に記入
もれ・間違い、押印・訂正印もれ、
期間の計算間違い等がないか、
受取った時にその場で必ず確認
して下さい。
医師または助産師の意見欄の
訂正は必ず医師または助産師の
訂正印が必要です

※注意事項

- 産科医療補償制度に加入する医療機関で、在胎週数22週以降に出産した場合、1児につき500,000円を支給します。
産科医療補償制度対象外の場合は、1児につき488,000円を支給します。
- 産科医療補償制度加入機関を示す印が押印されている領収書(原本)を提出してください。

被	必ず確認の上 チェック!	被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)									
---	---------------------	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者確認欄	事業主確認欄
この届出について、以下の要件を満たしたものである <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が作成した 或いは 記載内容に誤りがないか申請者本人が確認している <input checked="" type="checkbox"/> 出産育児一時金の受領方を事業主に委任する(必ずチェック願います)	この届出について、以下の要件を満たしたものである <input checked="" type="checkbox"/> 事業主が記載内容に誤りがないか確認している 必ず確認の上 チェック!

※健保記入欄
支給決定金額
円