出産育児一時金 支給申請書 記入例

全国硝子業健康保険組合　業務１課給付係　03-3634-3482

健康保険　被保険者 家族　出産育児一時金 支給申請書

被保険者情報

❶ 被保険者等記号・番号	記号 123　番号 567	事業所名称	△△ガラス株式会社
❷ 氏名	（フリガナ）ケンポ　タロウ 健保　太郎	生年月日	平成　3 年 5 月 1 日
住所	〒 123 － 4567　東京都〇〇区×× 1-2-3　□□マンション457	電話番号（日中の連絡先）	080 （ 1234 ） 5678
		提出委任	☑ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。（事業主経由（依頼）する場合は✓）

※給付金の振込先は、被保険者口座または勤務先のいずれかになります。
被保険者口座に給付金の振込みを希望する場合は「振込先」欄を記入のうえ、**通帳の写し**または、**キャッシュカードの写し**を添付してください。
勤務先に給付金の受け取りを委任する場合は「委任状」欄を被保険者と受任者がそれぞれご記入ください。

❸ 振込先

金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他（　）	預金種別	普通・当座・その他（　）
	支店・本店・出張所 その他（　）	口座番号	
口座名義（カタカナで記入）			

❹ 委任状

被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。	令和 7 年 4 月 1 日
	氏名	健保　太郎
受任者（事業主）	住所	東京都〇〇区××5-6-7
	事業所名	△△ガラス株式会社
	氏名	代表取締役　〇山　△男

申請内容

出産した方（どちらかに✓）	□ 被保険者　☑ 家族（被扶養者）						
家族の場合はその方の	氏名	健保　花子	生年月日	平成 5 年 7 月 1 日	続柄（	妻	）
出産した年月日	令和 7 年 3 月 1 日	生産児数	1 人	死産児数	人	死産のとき（妊娠経過期間）	か月　週
出産した医療機関等	名称	〇〇総合病院	所在地	東京都△△区××1-1			
❺ 出産前後6ヶ月以内に他の健康保険などに加入していた（いる）場合、その健康保険についてご記入ください	保険者名（健保組合、国保等）		加入していた（いる）健康保険などの被保険者証等記号・番号	記号　番号			

❻ 証明欄

▸ **医師・助産師による証明の場合**

出産年月日	令和　年　月　日	生産児数	単胎・多胎（　児）	生産又は死産の別	生産・死産（妊娠　か月　週）

上記のとおり相違ないことを証明する。
令和　年　月　日
医療機関の所在地・名称
医師・助産師の氏名

▸ **市区町村長による証明の場合（生産のみ）**

本籍				筆頭者氏名	
母の氏名		出生児氏名		出生年月日	平・令　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　印

❼ 同意欄

この申請に係る健保組合からの問合せを事業所の担当者を通じて行うことに同意します。
被保険者（申請者）氏名　健保　太郎

受付日付印

※訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名（サイン）をご記入ください。

全国硝子業 健康保険組合　（令7.4）

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

❶ 記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書（保険証）」に記載されています。

❷ 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください（住所、振込先口座も同様です）。また、**戸籍謄本等の原本（被保険者との続柄がわかるもの）**を添付してください。

❸ ❹ 給付金の振込先は、被保険者口座または勤務先のいずれかになります。
被保険者口座に給付金の振込みを希望する場合は「振込先」欄を記入のうえ、**通帳の写し**または、**キャッシュカードの写し**（銀行名、口座番号、口座名義等がわかるもの）を添付してください。
勤務先に給付金の受け取りを委任する場合は「委任状」欄を被保険者と受任者がそれぞれご記入ください。
海外で出産した場合であっても、海外への送金はいたしません。

❺ 出産日の前後６か月以内に他の健康保険などに加入している（いた）場合は、加入していた保険者（健保組合、国保等）の名称、記号・番号をご記入ください。

❻ 医師・助産師の証明又は市区町村長の証明を受けてください。
市区町村長の証明の場合は押印が必要となります。

❼ 申請に不備等があった際の健保組合からの問合せについて、事業所担当者経由で行う場合は「同意欄」に氏名をご記入ください。記入がない場合は、「被保険者情報」に記載された連絡先へご連絡いたします。

＊ 訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名（サイン）をご記入ください。
＊ 消せるボールペンは使用しないでください。　＊年号は、和暦・西暦のどちらでもかまいません。

添付書類

- **出産費用の領収・明細書の写し**
  「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載および「産科医療補償制度の対象分娩であることを証明する所定の印」が押印されているものを添付してください。
- **医療機関等との「直接支払制度合意文書」の写し**
  「直接支払制度を利用の有無」の記載および「保険者名に全国硝子業健康保険組合」の記載がされているものを添付してください。

海外出産の場合、以下の書類を添付してください。

- 海外出産を行った医療機関等が発行した「出産（出生）証明書」「領収書」等
  ※外国語で記入されているものは、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。
- 海外に渡航した事実が確認できる書類（パスポート等）の写し
- 海外の医療機関等に対して出産の事実、内容等の照会を行うことの同意書
  （組合ホームページ申請書一覧：給-14）