健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

1 2 ページ

被保険者記入用

一

加入者が出産し、医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用していない場合の出産費用の補助を受ける場合にご使用ください。
なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者（申請者）情報

	記号（左づめ）	番号（左づめ）	生年月日
記号・番号	A 1 2 3 4	5 6 7 8	B 2（1.昭和 2.平成 3.令和） 02年 04月 08日

個人番号（マイナンバー） C

Aを書いたら空欄

⚠ 左上の「記号・番号」欄へ記入した場合は、個人番号（マイナンバー）は記入しないでください。
記入された場合は、本人確認等の添付が必要です。

氏名（カタカナ） D ヤマダ タロウ

姓と名の間は1マス空ける

姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。

氏名 E 山田 太郎

※申請者はお勤めされている（いた）被保険者です。
被保険者がお亡くなりになっている場合は、
相続人よりご申請ください。

郵便番号（ハイフン除く） 1 2 3 4 5 6 7

電話番号（左づめハイフン除く） 0 9 0 X X X X X X X X

住所 F 東京 （都）道 府 県 架空区青葉1-2-3

郵便番号・電話・住所

振込先指定口座

公金受取口座の利用について G 2（1.希望する 2.希望しない）

→「1」を選択された場合は、事前にマイナポータル等にて公金受取口座として登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は**不要**です。

公金受取口座の利用について「2.希望しない」を選択された場合は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご記入ください。

金融機関名称 H 未来銀行（銀行） 金庫 信組 農協 漁協

支店名 支店 青葉（本店 （支店） 代理店 出張所 本店営業部 営業部 本所 支所）

預金種別 1 普通預金

口座番号（左づめ） 口座 1 2 3 4 5 6 7

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は３桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号（７桁）をご記入ください。
ゆうちょ銀行口座番号（記号・番号）ではお振込できません。

「被保険者・医師・市区町村長記入用」は2ページ目に続きます。

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認（被保険者）	1. 記入有（添付あり） 2. 記入有（添付なし） 3. 記入無（添付あり）			
添付書類	出産証明書 1. 添付 2. 不備		合意文書等 1. 添付 2. 不備	
	戸籍（法定代理） 1. 添付		口座証明 1. 添付	
産科医療補償制度	1. 該当 2. 非該当			
その他	1. その他（理由）		枚数	

6 2 1 1 1 1 0 3

受付日付印

(2026.6)

全国健康保険協会 協会けんぽ

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・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名 山田 太郎 （氏名）

申請内容

①－1 出産者	2	1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）　本人なら1・家族なら2
① ①－2 出産者の氏名（カタカナ）	ヤマダ ハナコ	出産した人の氏名 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。
①－3 出産者の生年月日	2	1.昭和 2.平成 3.令和　04 年 07 月 15 日
② 出産年月日		令和 08 年 10 月 05 日
③ 出産した国	1	1. 日本 2. 海外 ➡ 国名（　　）　日本なら1
④－1 出生児数	1 人	④－2 死産児数 　人
⑤ 同一の出産について、健康保険組合や国民健康保険等から出産育児一時金を受給していますか。	2	1. 受給した 2. 受給していない　受給していなければ2

※医師・助産師、市区町村長のいずれかより証明を受けてください。

医師・助産師による証明（医師）

出産者の氏名（カタカナ）					
出産年月日	令和 　年 　月 　日				
出生児数	人	死産児数	人	死産の場合の妊娠日数	日

上記のとおり相違ないことを証明します。

医療施設の所在地

医療施設の名称

医師・助産師の氏名

電話番号

令和 　年 　月 　日

どちらか一方の証明

市区町村長による証明（生産の場合のみ）（市）

本籍		筆頭者氏名	
母の氏名（カタカナ）			
母の氏名			
出生児数	人	出生年月日	令和 　年 　月 　日
出生児氏名			

生産の場合のみ

上記のとおり相違ないことを証明します。

市区町村長名　印

令和 　年 　月 　日

6 2 1 2 1 1 0 3

全国健康保険協会 協会けんぽ

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・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名 山田 花子 （氏名）

申請内容

①-1	①－1 出産者	1（1. 被保険者 2. 家族（被扶養者））本人なら1・家族なら2
①-2	①－2 出産者の氏名（カタカナ）	ヤマダ ハナコ 出産した人の氏名 姉と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。
①-3	①－3 出産者の生年月日	2（1.昭和 2.平成 3.令和） 04 年 07 月 15 日
②	② 出産年月日	令和 08 年 10 月 05 日
③	③ 出産した国	1（1. 日本 2. 海外 ➡ 国名（ ））日本なら1
④-1	④－1 出生児数	1 人
④-2	④－2 死産児数	人
⑤	⑤ 同一の出産について、健康保険組合や国民健康保険等から出産育児一時金を受給していますか。	2（1. 受給した 2. 受給していない）受給していなければ2

※医師・助産師、市区町村長のいずれかより証明を受けてください。

医師・助産師による証明

出産者の氏名（カタカナ）					
出産年月日	令和 年 月 日				
出生児数	人	死産児数	人	死産の場合の妊娠日数	日

上記のとおり相違ないことを証明します。

医療施設の所在地

医療施設の名称

医師・助産師の氏名

電話番号

令和 年 月 日

市区町村長による証明（生産の場合のみ）

本籍		筆頭者氏名	
母の氏名（カタカナ）			
母の氏名			
出生児数	人	出生年月日	令和 年 月 日
出生児氏名			

上記のとおり相違ないことを証明します。

市区町村長名 印

令和 年 月 日

6 2 1 2 1 1 0 3

全国健康保険協会
協会けんぽ

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・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名 山田 太郎 （氏名）

申請内容

①－1 出産者	2	1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）　本人なら1・家族なら2
①－2 出産者の氏名（カタカナ）	ヤマダ ハナコ	出産した人の氏名
①－3 出産者の生年月日	2	1.昭和 2.平成 3.令和　04年 07月 15日
② 出産年月日		令和 08年 10月 05日
③ 出産した国	1	1. 日本 2. 海外 ➡ 国名（　　）　日本なら1
④－1 出生児数		人
④－2 死産児数	1	人
⑤ 同一の出産について、健康保険組合や国民健康保険等から出産育児一時金を受給していますか。	2	1. 受給した 2. 受給していない　受給していなければ2

※医師・助産師、市区町村長のいずれかより証明を受けてください。

医師・助産師による証明

出産者の氏名（カタカナ）					
出産年月日	令和　年　月　日				
出生児数	人	死産児数	人	死産の場合の妊娠日数	日

上記のとおり相違ないことを証明します。

医療施設の所在地　　令和　年　月　日

医療施設の名称

医師・助産師の氏名

電話番号

市区町村長による証明（生産の場合のみ）

本籍		筆頭者氏名	
母の氏名（カタカナ）			
母の氏名			
出生児数	人	出生年月日	令和　年　月　日
出生児氏名			

上記のとおり相違ないことを証明します。

市区町村長名　　印　令和　年　月　日

6 2 1 2 1 1 0 3

全国健康保険協会 協会けんぽ

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金 支払依頼書

被保険者・医師・市区町村長記入用

氏名

被保険者氏名：山田 太郎

申請内容

①-1 ①－1 出産者：2（1. 被保険者 2. 家族（被扶養者））

①-2 ①－2 出産者の氏名（カタカナ）：ヤマダ ハナコ

姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。

①-3 ①－3 出産者の生年月日：2（1.昭和 2.平成 3.令和） 04 年 07 月 15 日

② 出産年月日：② 令和 08 年 10 月 05 日

③-1 ③－1 出生児数：2 人（双子なら2）

③-2 ③－2 死産児数： 人

④ 同一の出産について、健康保険組合や国民健康保険等から出産育児一時金を受給していますか。：2（1. 受給した 2. 受給していない）

受給していなければ2

⑤ 出産費用の額（領収・明細書の額）：⑤ 860000 円

※医療機関等から交付されている領収・明細書に「出産年月日」および「出生児数」が記入されている場合、もしくは死産の場合で「死産年月日」および「妊娠週数」が記入されている場合は以下の証明は必要ありません。

医師・助産師による証明

出産者氏名（カタカナ）：

姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。

出産年月日：令和 年 月 日

出生児数： 人　死産児数： 人　死産の場合の妊娠日数： 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

医療施設の所在地

医療施設の名称

医師・助産師の氏名

電話番号

令和 年 月 日

市区町村長による証明（生産の場合のみ）

本籍：　筆頭者氏名：

母の氏名（カタカナ）：

姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。

母の氏名：

出生児数： 人　出生年月日：令和 年 月 日

出生児氏名：

上記のとおり相違ないことを証明します。

市区町村長名　印

令和 年 月 日

6212103

全国健康保険協会 協会けんぽ