

記入例

協和キリン健康保険組合 宛

<被保険者の出産>

健康保険

- ☒ 被保険者
☐ 被扶養者

出産育児一時金 支払請求書(立替払用)

2024 年 12 月 25 日提出

申請者の情報	被保険者等 記号・番号	記号	300	番号	12345	会社名	△△△株式会社
	申請者氏名 (自署)	健保 幸子				所属	本社 △△部
	被保険者住所	(〒 103- 必ず自署してください)				従業員番号	20189999
		東京都中央区〇〇1-1-1 〇〇マンション101				メールアドレス	kenpo.12@000.com
委任状	この申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※社員の方は給与での振込手続きを事業主に依頼するため、必ずご記入ください。 ※任意継続被保険者の方は、記入は不要です。					日中連絡先(TEL)	080-0000-0000
	退職者・退職予定者の方は、振込先を記入してください					被保険者氏名 自署してください	2024 年 12 月 25 日 健保 幸子
退職者	銀行	支店	口座 番号	(普)	名義 (フリガナ)		

申請内容	出産した者の氏名	健保 幸子		出産した者の 生年月日	1994 年 5 月 1 日		
	出産した年月日	2024 年 12 月 2 日		生産または死産の別	☒ 生産 ☐ 死産 ☐ 生産・死産混在		
	「生産」の場合 出生児数	1 人		「死産」の場合 死産児数	人		
	「死産」の場合 妊娠経過期間	満 週					
	出産した医療機関等	名称	◇◇◇産婦人科医院		所在地	東京都◇◇区◇◇1-1-1	
	出産した方	●被保険者→退職後6か月以内の出産ですか。 ●被扶養者→協和キリン健保加入後6か月以内の出産ですか。					☐ はい ☒ いいえ
	「はい」の場合、「健康保険名称」と「記号・番号」をご記入ください。 ●被保険者→現在加入している健康保険について ●被扶養者→協和キリン健保加入前に加入していた健康保険について				健康保険 名称		
					記号・番号		
	今回の出産について、上記の健康保険より出産育児一時金を				☐ 受けた／受ける予定 ☐ 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	出産者氏名			出産年月日	年 月 日				
		出生児の数	☐ 単胎 ☐ 多胎(児)		生産または 死産の別	☐ 生産 ☐ 死産(満 週)				
		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 証明日 年 月 日 医師・助産師の氏名								
	市区町村長による 証明	本籍	東京都中央区〇〇1-1-1			筆頭者 氏名	健保 健一			
		母の 氏名	健保 幸子		出生児 氏名	健保 花		出生 年月日	2024 年 12 月 2 日	
		上記のとおり相違ないことを証明します。 市区町村長名 東京都▲▲区長 証明日 2024 年 12 月 20 日						印		

※医師・助産師または市区町村長の証明を受けてください。海外出産の場合は不要です。

【添付書類】

「医療機関等から交付される合意文書の写し」、「出産費用の領収・明細書の写し」

※海外出産の場合の添付書類は健保ホームページをご参照ください。

健保記入欄	支給年度	年度			
	支給決定額	円	常務理事	事務長	担当
	備考				
	受付整理番号				

《健保受付日付印》

<被扶養者の出産>

健康保険

☐ 被保険者
☒ 被扶養者

出産育児一時金 支払請求書(立替払用)

2024 年 12 月 25 日提出

申請者の情報	被保険者等 記号・番号	記号	300	番号	12345	会社名	△△△株式会社	
	申請者氏名 (自署)	健保 太郎				所属	△△支店 △△営業所	
	被保険者住所	(〒 103- 必ず自署してください)				従業員番号	20159999	
		東京都中央区〇〇1-1-1 〇〇マンション101				メールアドレス	kenpo.00@000.com	
委任状	この申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※社員の方は給与での振込手続きを事業主に依頼するため、必ずご記入ください。 ※任意継続被保険者の方は、記入は不要です。					日中連絡先(TEL)	090-0000-0000	
						被保険者氏名 自署してください	2024 年 12 月 25 日 健保 太郎	
退職者	退職者・退職予定者の方は、振込先を記入してください							
	銀行	支店		口座 番号	(普)	名義 (フリガナ)		

申請内容	出産した者の氏名	健保 花子		出産した者の 生年月日	1995 年 5 月 1 日		
	出産した年月日	2024 年 12 月 2 日		生産または死産の別	☒ 生産 ☐ 死産 ☐ 生産・死産混在		
	「生産」の場合 出生児数	1 人	「死産」の場合 死産児数	人	「死産」の場合 妊娠経過期間	満 週	
	出産した医療機関等	名称	◇◇◇産婦人科医院		所在地	東京都◇◇区◇◇1-1-1	
	出産した方 ●被保険者→退職後6か月以内の出産ですか。 ●被扶養者→協和キリン健保加入後6か月以内の出産ですか。				☒ はい ☐ いいえ		
	「はい」の場合、「健康保険名称」と「記号・番号」をご記入ください。 ●被保険者→現在加入している健康保険について ●被扶養者→協和キリン健保加入前に加入していた健康保険について				健康保険 名称	▽▽▽健康保険組合	
					記号・番号	1234-5678	
今回の出産について、上記の健康保険より出産育児一時金を				☐ 受けた／受ける予定 ☒ 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	出産者氏名	健保 花子		出産年月日	2024 年 12 月 2 日		
		出生児の数	☒ 単胎 ☐ 多胎(児)		生産または 死産の別	☒ 生産 ☐ 死産(満 週)		
		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 東京都◇◇区◇◇1-1-1 医療施設の名称 ◇◇◇産婦人科医院 証明日 2024 年 12 月 16 日 医師・助産師の氏名 ◇◇ ◇◇						
	市区町村長による証明	本籍				筆頭者 氏名		
		母の 氏名		出生児 氏名		出生 年月日	年 月 日	
		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) 証明日 年 月 日						

※医師・助産師または市区町村長の証明を受けてください。海外出産の場合は不要です。

【添付書類】

「医療機関等から交付される合意文書の写し」、「出産費用の領収・明細書の写し」

※海外出産の場合の添付書類は健保ホームページをご参照ください。

健保記入欄	支給年度	年度			
	支給決定額	円	常務理事	事務長	担当
	備考				
	受付整理番号				

《健保受付日付印》