


支払額		記入例：本人の出産	担当者	担当者
出産日	令和			

健康保険 被保険者 家族 **出産育児一時金【差額】支給申請書**

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の	記号 10	番号 7654	事業所の 名称	カゴメ株式会社 ○○支店								
		氏名	籠目 園子		生年月日	昭和 平成	3年1月25日						
	出生児の氏名	籠目 凜太		被保険者と 出生児の続柄	長男	出生児数	1人						
	出産年月日	令和	元	年	5	月	13	日	生産・死産 の別	生産 死産	妊娠 経過期間	10	ヵ月 週
	出産した場所	病院等の名称	名古屋××産婦人科病院										
		病院等所在地	名古屋市中区錦二丁目14-15										
	被扶養者の出産であるときは その氏名と生年月日	氏名											
		生年月日	昭和 平成	年	月	日							
	出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で						ある・ない					
	出生児が被扶養者で ないときはその理由	夫の被扶養者になるため											
	退職後6ヵ月以内の出産ですか	はい ( 加入していた : 健康保険 )						いいえ					
	振込先銀行名 <small>※被保険者の口座を記入願います</small>	×××× 銀行		×××× 支店		普通							
	(フリガナ)		カゴメ ソノコ		籠目 園子								
	口座No. 1234567		口座名義人										
上記のとおり申請します。													
令和 元 年 5 月 20 日													
〒 460 - 0003													
被保険者住所													
名古屋市中区錦三丁目14-15 カゴメマンション101													
氏名													
籠目 園子 													
カゴメ健康保険組合 殿													

医 師 又 は 助 産 婦 が 証 明 す る 欄	出産年月日	令和	年	月	日		
	生産死産の別	生産・死産(妊娠		月)	出生児の数	単胎・多胎(	児)
	上記のとおり 令和	この欄は医師・助産婦に証明をもらってください					
	医療施設の所在地・名称						
	医師・助産婦名 <span style="float: right;">④</span>						

※ 医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書のコピー添付  
 ※ 出産費用の領収・明細書のコピー添付

支払額		記入例：家族の出産	担当者	担当者
出産日	令和			

健康保険 被保険者 **家族** 出産育児一時金【差額】支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号	10	番号	7654	事業所の 名称	カゴメ株式会社 ○○支店				
	氏名	籠目 凜太郎			生年月日	昭和 平成	2年	10月	5日	
	出生児の氏名	籠目 凜々子			被保険者と 出生児の続柄	長女	出生児数	1人		
	出産年月日	令和	元	年	5月	13日	生産・死産 の別	生産 死産	妊娠 経過期間	10 ヶ月 週
	出産した場所	病院等の名称	名古屋××産婦人科病院							
		病院等所在地	名古屋市中区錦二丁目14-15							
	被扶養者の出産であるときは その氏名と生年月日	氏名	籠目 菜々子							
		生年月日	昭和 平成	3年	8月	31日				
	出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で <input checked="" type="radio"/> ある ・ <input type="radio"/> ない								
	出生児が被扶養者で ないときはその理由									
退職後6か月以内の出産ですか	はい ( <input type="radio"/> 加入していた : <input type="radio"/> 健康保険 ) ・ <input checked="" type="radio"/> いいえ									
振込先銀行名 <small>※被保険者の口座を記入願います</small>	×××× 銀行		×××× 支店		普通					
上記のとおり申請します。 令和 元 年 5 月 20 日 〒 460 - 0003 被保険者住所 名古屋市中区錦三丁目14-15 カゴメマンション101 氏名 籠目 純一郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">籠目</span> カゴメ健康保険組合 殿										

医 師 又 は 助 産 婦 が 証 明 す る 欄	出産年月日	令和	年	月	日				
	生産死産の別	生産	・	死産 (妊娠	月)	出生児の数	単胎	・	多胎 ( 児)
	上記のとおり 令和	この欄は医師・助産婦に証明をもらってください							
医療施設の所在地・名称 医師・助産婦名 <span style="float: right;">④</span>									

※ 医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書のコピー添付  
 ※ 出産費用の領収・明細書のコピー添付