

健 保 組 合		
常務理事	事務長	担当者

健康保険組合 の 受 付 印
日付印

# 被 保 険 者 家 族 出 産 育 児 一 時 金 支 給 申 請 書

健康保険被保険者証									
記 号 番 号 (左づめで記入)									
被 保 険 者 の 氏 名									
(氏)					(名)				
⑩									

申請日	令和 年 月 日		
事業所名			
所 属 (または出向先)	部	店・グループ 課・室	
被保険者住所	〒		
連絡先	自 宅		
	職 場		携 帯

被 保 険 者 記 入 欄	出産した人の氏名	フリガナ	昭・平 年 月 日生	続柄	該当に○印および記入してください。 本人・家族(続柄: )			
	出生児の氏名	フリガナ		続柄				
	被保険者(本人)が出産した場合	資格喪失後6カ月以内に出産した場合、出産日当日に加入している健康保険について記入してください。						
		健康保険の名称		被保険者氏名		記号・番号		
	被扶養者(家族)が出産した場合	扶養認定後6カ月以内に出産した場合、以前に加入していた健康保険について記入してください。						
	健康保険の名称		加入時の氏名		記号・番号			
委任状(任継者は記載不要)	OTG健康保険組合から私に支給される給付金の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 ⑩							
医 師 ・ 助 産 師 また は 市 区 町 村 長 の 証 明 欄	分娩年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 週・ ヵ月)				
			出生児の数	単胎・多胎( 児)				
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日							
	医療機関所在地 名 称			電 話				
	医師・助産師氏名			⑩				
本籍	都 道 府 県			筆頭者氏名				
出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名		出生年月日	令和 年 月 日			
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日								
市区町村長名 ⑩								

(注) 1. この請求書は、妊娠4カ月以上の胎児を出産した場合で、「直接支払制度」を利用しなかった方が請求するものです。  
2. 分娩機関から交付される「合意文書」の写しと「領収・明細書」の写しを添付してください。

変 符 百 符 印

健 保 記 入 欄	受付No.	
	本人家族区分	被保険者 ・ 被扶養者
	法定給付額	円
	付加給付額	円
支給決定額	円	

健康保険被保険者の記号・番号の代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記(備考)欄に記入して下さい。  
※ マイナンバーを記入する場合は、確認のために添付書類が必要となります。

備考	
----	--