令和8年11月更新

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

1 2

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報

被保険者等記号・番号（左づめ）	記号　　番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください ※本人確認書類の添付が必要です
氏名	（フリガナ）	生年月日　□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年 月 日
住所	（〒　　ー　　）　都 道 府 県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　　（　　）	

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（会社経由で提出する場合は☑）

振込先指定口座

金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（　　）		本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	普通	口座番号（左づめ）	
口座名義（カタカナ）	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。		

□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は上記の欄を記入。）

注）口座情報の反映には登録から数日を要します。通常の振込より支給日が遅れますのでご了承ください。

署名欄

ナイスグループ健康保険組合理事長 殿

本書の通り申請します。

年　月　日

住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ

氏名

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

決裁	常務理事	事務長	担当者	

書類受領印	受付日付印

支給額		円	資格取得	年 月 日	
支給内訳	一時金	円	資格喪失	年 月 日	
	付加金	円	標準報酬月額	千円（第　級）	

ナイスグループ健康保険組合

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

1 2

申請者・医師・市区町村長記入用

申請内容

1 出産した者	□ 1. 被保険者　2. 家族（被扶養者）				
1 - ① 家族の場合はその方の	氏名		生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和	年 月 日
2 出産した年月日	令和 年 月 日				
3 生産または死産の別	□ 1. 生産　2. 死産　3. 生産・死産混在				
3 - ① 「生産」の場合出生人数	人	3 - ② 「死産」の場合死産児数	人	3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 週
4 出産した医療機関等	名称		所在地		
5 出産した方　●被保険者 ➡ 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●家　族 ➡ 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。	□ 1. はい　2. いいえ				
5 - ① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号･番号』をご記入ください。 ●被保険者 ➡ 現在加入している保険者について ●家　族 ➡ 当組合加入前に加入していた保険者について	保険者名				
	記号･番号				
5 - ① - (1) 同一の出産について、5 - ①の保険者より出産育児一時金を	□ 1. 受けた／受ける予定　2. 受けない				

証明欄（いずれかにご記入ください）

医師・助産師による証明の場合

出産者氏名		出産年月日	令和 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➡（妊娠　　週）

上記のとおり相違ないことを証明する。
令和　　年　　月　　日

医療施設の所在地
医療施設の名称
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	令和 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

市区町村長名　　印

添付書類

・医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写し
（この領収・明細書には「産科医療保障制度の加算対象出産であることを証するスタンプ」の押印がなされています。）

・医療機関との【直接支払制度合意文書】の写し　※直接支払制度を利用した方のみ

ナイスグループ健康保険組合