

健保記入欄	資格取得日	年 月 日	同 年 月 日	年 月 日
区 分	承認	・ 不承認	決 裁 年 月 日	年 月 日

J-オイルミルズ健康保険組合 理事長 殿 被保険者 健康保険 被扶養者 出産育児一時金支給申請書

被保険者証	記号 800	被保険者氏名 健保 太郎	被保険者 生年月日	S XX 年 XX 月 XX 日	
事業所名	株式会社〇〇〇〇				
在職中は本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。 令和 XX 年 XX 月 XX 日 住所 〒104-0000 被保険者の 東京都中央区〇〇-〇 △△マンション〇〇号 電話番号 03-XXXX-XXXX 氏名 健保太郎					
●被保険者が出産したための申請であるとき					
出産日	R 年 月 日	生産・死産の別	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在		
「出産」の場合 出産児数	人	「死産」の場合 死産児数	人	「死産」の場合 妊娠週数	週
出生児の氏名	出産した 医療機関		名称	所在地	
今回の申請は、退職後6か月以内の出産に該当することによる申請ですか。			はい	いいえ	
「はい」の場合、現在加入している健康保険の名称及び資格取得日をご記入ください。		健康保険 名称	資格 取得日	R 年 月 日	
「はい」の場合、現在加入している健康保険より出産育児一時金を		1. 受けた（受ける予定）		2. 受けない	
●被扶養者が出産したための申請であるとき					
被扶養者氏名	健保 花子	被保険者 生年月日	S XX 年 XX 月 XX 日	H	
出産日	R XX 年 XX 月 XX 日	生産・死産の別	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在		
「出産」の場合 出産児数	1 人	「死産」の場合 死産児数	人	「死産」の場合 妊娠週数	週
出生児の氏名	健保 次郎	出産した 医療機関	〇〇産婦人科医院	東京都〇〇区△△	
今回の申請は、出産した被扶養者が、 J-オイルミルズ健保に加入後6か月以内の出産ですか。			はい	いいえ	
「はい」の場合、J-オイルミルズ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	資格 取得日	R 年 月 日	
「はい」の場合、現在加入している健康保険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 記 入	医師・助産師による証明	出産者氏名	出産年月日	R 年 月 日	死産混在
	上記のとおり	令和 年 月 日			Ⓜ
	市区町村による証明 (生産のみ)	本 母の氏名			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		Ⓜ

※医師（助産師）または市区町村による証明を受けてください。

社会保険労務士 提出代行者の印	Ⓜ
--------------------	---