

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>		
	氏名 (フリガナ)	-----					<input type="checkbox"/> 平成
	住所	(〒	-)	都	道	<input type="checkbox"/> 令和
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()	府	県		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)							

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	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/>
	口座名義	▼カタカナ(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。)	
	<input type="text"/>	口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和	年	月	日
	氏名	住所	「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
	代理人 (口座名義人)	(〒	-)	TEL	(
	住所	-----				
	氏名	-----				

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

(R2.12)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

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 出生児の氏名

5 出産した医療機関等

名称

所在地

6 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6 - 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

6 - ① - (1)

同一の出産について、6 - 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。

医療施設の所在地

令和 年 月 日

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