

# 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	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)			<input type="checkbox"/> 昭和		
				<input type="checkbox"/> 平成		
	(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 令和		
氏名						
住所	(〒 - )		都 道			
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☑)						

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> 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☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。					
	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	左づめでご記入ください。		
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。)				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	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
	被保険者 (申請者)	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)	住所 (フリガナ) 氏名	委任者と 代理人との 関係

「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	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	2 出産した年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
	3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産 <input type="checkbox"/> 3. 生産・死産混在		
	3-① 「生産」の場合出生人数	<input type="text"/> 人	3-② 「死産」の場合死産児数	<input type="text"/> 人
			3-②-(1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 <input type="text"/> 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。		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> 1. 受けた/受ける予定 <input type="checkbox"/> 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	出産者氏名	出生年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
		出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ⇒ ( <input type="text"/> 児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 ⇒ (妊娠 <input type="text"/> 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	本籍	筆頭者氏名		
	母の氏名	出生児氏名	出生年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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	<input type="text"/>