

健康保険 被保険者 出産育児一時金 支給申請書

（付加金）

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"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | 氏名・印 | (フリガナ) | | 自署の場合は押印を省略できます。 | | | |
| | 住所 | (〒 -) | 都 道 府 県 | | | | |
| 電話番号 (日中の連絡先) | TEL () | | | | | | |

<給付の手続きについて>

健康保険組合からの給付は事業主（会社）を経由して給付されます。
以下の委任の手続きを行ってください。
事業主が代理人となりますので被保険者（社員）欄へ署名・押印ください。
（押印省略不可）
任意継続被保険者の方は「1」を選択してください。登録の口座へ入金します。
支払委任を希望する場合は健康保険組合へお問い合わせください。

| | |
|--------------------------|----------|
| 口座名義 の区分 | ※社員は2を選択 |
| <input type="checkbox"/> | 1. 申請者 |
| <input type="checkbox"/> | 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・印 | 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 (〒 -) TEL () | 委任者と 代理人との 関係 |
| | 氏名・印 | (フリガナ) | |

「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に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（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。）

(02.4)

| | |
|-----|--|
| 備考欄 | |
|-----|--|

| |
|-------|
| 受付日付印 |
|-------|

| |
|----------|
| 人事・業務担当者 |
|----------|

| 健保使用欄 | | |
|-------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

(付加金)

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 (第 子)

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。
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

印

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