

常務理事	係 員	係 員

□ 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。

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) 1 2 3 4 5 6 7
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。 キ ヨ ウ ア イ タ ロ ウ	

健康保険被保険者
家族

出産育児一時金支給申請書

被保険者氏名

共愛 太郎

申請内容

1 出産した者

2

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 共愛 花子

生年月日 ☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 62 年 9 月 8 日

2 出産した年月日

令和 6 年 4 月 15 日

3 生産または死産の別

1

1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3-①
「生産」の場合出生人数

1 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 ○○病院

所在地 北九州市戸畑区小芝○-○

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。

2

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 共愛 花子

出産年月日 令和 6 年 4 月 15 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 6 年 4 月 22 日

医療施設の所在地 北九州市戸畑区小芝○-○

医療施設の名称 ○○病院

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