

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	事業所番号	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の （右づめ）	☐ 1 ☐ 101		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和			
	氏名・印	(フリガナ)					
	住所	(〒 -) 都 道 府 県					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						

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	☐ 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
				☐ 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・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)	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係	
	(フリガナ)			
	氏名・印			

※ 1. 被保険者証の番号を記入しない場合のみ、備考欄に個人番号を記入してください。

※ 2. 備考欄に個人番号を記入した場合、次の対応をお願いします。

- ① 事業主経由で提出 >>> 事業主確認欄に番号および本人の確認を行った担当者が押印
② 本人が直接提出 >>> 番号確認および本人確認のための添付書類が必要

備考	事業所 個人番号 照会者
----	--------------------

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄

受付日付印

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

☐ 平成・☐ 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

☐ 平成☐ 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

☐ 平☐ 令

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