

## 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

下記のとおり出産育児一時金を支給申請します。

年 月 日

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		<input type="checkbox"/> 昭和			
			<input type="checkbox"/> 平成			
	氏名	(フリガナ)	必ず自署してください。			
住所	(〒 - )	都 道	府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					
<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	金融機関 名称	銀行 金庫 信組	本店 支店	
		その他 ( )	出張所	
			本所 支所	
預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	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 <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	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	(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。&gt;&gt;&gt;

- 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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印

常務理事	事務長	担当

## 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。

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

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

医療施設の名称

医師・助産師の氏名

令和

年

月

日

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。

市区町村長名

令和

年

月

日

印