

# 健康保険 被保険者 出産育児一時金 支給申請書

家族

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="checkbox"/> 平成
	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 (      )						

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	給与口座へ振込みのため記入不要です	
	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

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

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。	平成      年      月      日
	代理人 (口座名義人)	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	委任者と 代理人との 関係
	氏名・印	(〒      )	
	住所	(フリガナ)	
氏名・印			

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄  
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

(28.8)  
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="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	2 出産した年月日	平成 <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。		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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			<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 証明の場合	出産者氏名	出産年月日	平成 <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 → (    ) 児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠    週)
		上記のとおり相違ないことを証明する。 平成    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	平成 <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。 平成    年    月    日	市区町村長名	印