

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
被保険者証の(右づめ) 記号 番号 生年月日 年 月 日
氏名・印 (フリガナ) 印
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 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 1. 申請者 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。 令和 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

「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)

受付日付印

産科医療補償制度 有 無
法定給付 円
付加給付 円
計 円

資格取得 S H R 年 月 日
認定 S H R 年 月 日

(R元.5)

# 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）	被保険者との続柄
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"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
2 出産した年月日	令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 人	3 - ② 「死産」の場合死産児数 <input type="checkbox"/> 人
		3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間 満 <input type="checkbox"/> 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	令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 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。 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 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 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

※ 海外出産の場合は、医師や自治体による出生証明書原本（内容は上表相当）と邦訳（邦訳者住所署名入り）を添付ください。