

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	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の （右づめ）			☐ 昭和		
				☐ 平成		
				☐ 令和		
	氏名	(フリガナ)				
	住所	(〒 —) 都 道 府 県				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
☐ 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	☐ 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。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。					
	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	左づめてご記入ください。		
	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	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
		(フリガナ)	氏名					

「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

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(R2.12)

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

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。

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

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