

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

1 2
被保険者(申請者)記入用

振込先指定銀行口座の通帳若しくはキャッシュカードの写しを必ず添付して下さい。

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者 (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	<input type="checkbox"/> 令和	自署の場合は押印を省略できます。	
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 <input checked="" type="checkbox"/>)						

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	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/>
	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 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
	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)	住所 (〒 -) TEL ()	委任者と代理人との関係
	氏名・印	(フリガナ)	

- ・被保険者の記号・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

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

(健保記入欄)	支給決定欄		常務理事	事務長
	資格取得	年 月 日		
	資格喪失	年 月 日		
	直接支払制度	利用 ・ 利用なし (基金請求年月:)		
	受取代理制度	支払額: 円 支払日: 年 月 日	担当	担当
	産科医療補償制度	加入 ・ 未加入		
	支給決定額	円		

受付印

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

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

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

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