

## 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

|   |                         |                      |                              |                             |                      |
|---|-------------------------|----------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| 被保険者(申請者)情報   | 記号                      | 番号                   | 記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください |                             |                      |
|   | 被保険者等<br>記号・番号<br>(左づめ) | <input type="text"/> | <input type="text"/>         | <input type="text"/>        | <input type="text"/> |
|   | 氏名                      | (フリガナ)               | 生年月日                         | <input type="checkbox"/> 昭和 | 年 月 日                |
|   |                         |                      |                              | <input type="checkbox"/> 平成 | <input type="text"/> |
|   |                         |                      | <input type="checkbox"/> 令和  |                             |                      |
| 住所  | (〒 )                    | 都 道                  | 府 県                          |                             |                      |
| 電話番号<br>(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        | <input type="checkbox"/> 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。)<br>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。 |               |                      |     |  |
|                | 金融機関<br>名称   | 銀行 金庫 信組      | 本店 支店                | 出張所 |  |
|                |  | 農協 漁協         | 本所 支所                |     |  |
|                |  | その他 ( )       |                      |     |  |
| 預金種別           | 普通   | 口座番号<br>(左づめ) | <input type="text"/> |     |  |
| 口座名義<br>(カタカナ) | ▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。                                       |               |                      |     |  |
|                | <input type="text"/>   |               |                      |     |  |

「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;

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

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