

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 情 報	会社名 (出向者は出向元の 会社名)		社員番号		記号番号が分からない場合はマイナナンバーを記入してください		
	健康保険の 記号・番号	(記号)	(番号)				
	氏名	(フリガナ)			生年月日	☐ 昭和	年 月 日
						☐ 平成	
						☐ 令和	
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。						
	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	普通	口座番号 (左づめ)				
	口座名義 (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。					

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。》》》

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。
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