

健康保険 被保険者 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)	株式会社●●●●	社員番号	1234567	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) 10 (番号) 1234						
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	年	月	日	
	住所	(〒 500 - 0000) 大阪 都府県 大阪市●●町 1-2-3						
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 06 (●●●●) ●●●●						
☒ 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 其他 ()				●● ●● ●● ●● 本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	● ● ● ● ● ● ● ●			
▼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。							
口座名義 (カタカナ)		ケンポ タロウ					

「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

健保 太郎

申請内容

1 出産した者

2

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

健保 花子

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

1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3 - ①

「生産」の場合出生人数

1

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

●●産婦人科

所在地

●●市●●町1-1-1

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。

2

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

(妊娠

週)

上記のとおり相違ないこと

令和

年

医療機関又は市区町村で証明を受けてください。

市区町村長による
証明の場合（生産のみ）

本籍

母の氏名

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