

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)情報	事業所番号	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 101	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	
	氏名・印	(フリガナ)					
	住所	(〒 -)	都 道 府 県				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						

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

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)	(〒 -) TEL ()			
		住所 (フリガナ)			
	氏名・印	委任者と代理人との関係			

- ※1. 被保険者証の番号を記入しない場合のみ、備考欄に個人番号を記入してください。
- ※2. 備考欄に個人番号を記入した場合、次の対応をお願いします。
- ①事業主経由で提出 >>> 事業主確認欄に番号および本人の確認を行った担当者が押印
- ②本人が直接提出 >>> 番号確認および本人確認のための添付書類が必要

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

備考	事業所 個人番号 照会者	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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 令和	
	2 出産した年月日	<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
	3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在		
	3 - ① 「生産」の場合出生人数	<input type="text"/> 人	3 - ② 「死産」の場合死産児数	<input type="text"/> 人
			3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 <input type="text"/> 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。		<input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 令和
		出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → () 児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 平 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 令
		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	