

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 申請者 情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)			☐ 昭和		
				☐ 平成		
				☐ 令和		
	氏名	(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	☐ 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号		左づめでご記入ください。
	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	☐ 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	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	()
		(フリガナ)			
	氏名				委任者と 代理人との 関係

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

(R2.12)

受付日付印

・被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です。
・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

備考欄 ()

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