

## 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

申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入してください。

|                                                       |                              |                                                                               |                      |                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者(申請者)情報                                           | 記号                           | 番号                                                                            | 生年月日                 |                                                                                                                                                                                                      |
|                                                       | 被保険者等の<br>(右づめ)              | <input type="text"/>                                                          | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日<br><input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 |
|                                                       | 氏名                           | (フリガナ) <input type="text"/>                                                   |                      |                                                                                                                                                                                                      |
|                                                       | 住所                           | (〒 <input type="text"/> ー <input type="text"/> ) 都 道 府 県 <input type="text"/> |                      |                                                                                                                                                                                                      |
| 電話番号<br>(日中の連絡先)                                      | TEL ( <input type="text"/> ) |                                                                               |                      |                                                                                                                                                                                                      |
| <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 | 金融機関<br>名称 | 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( <input type="text"/> )           |      | 本店 支店 出張所 本所 支所      |                                           |
|         | 預金種別       | <input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段<br>2. 当座 4. 通知   | 口座番号 | <input type="text"/> | 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<br>の区分          | <input type="checkbox"/> 1. 申請者<br>2. 代理人 |

「2」の場合は必ず記入してください。

|         |                |                                                                               |                                |                     |
|---------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| 受取代理人の欄 | 被保険者<br>(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<br>(口座名義人) | (〒 <input type="text"/> ー <input type="text"/> ) TEL ( <input type="text"/> ) | 住所 (フリガナ) <input type="text"/> | 委任者と<br>代理人との<br>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。&gt;&gt;&gt;

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・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

被保険者のマイナンバー記載欄

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

(R7.4)

受付日付印

## 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