

健康保険 被保険者 出産育児一時金 内払金支給申請書

1

2

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)	2 2 7		3	5	0	
	氏名・印	(フリガナ) ケンボ タロウ	✓ 昭和 平成 令和	4	8	4	5
	住所	(〒 332 - 0035 )	埼玉 都 道 府 県	川口市西青木			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 048 ( 258 )						

訂正箇所等については、被保険者(申請者)情報に押印した印と同一印で訂正ください。

振込先指定口座(被保険者口座)	金融機関 名称	銀行コード: 0017	銀行 金庫 信組	支店コード: 357	本店 支店
	名称: 埼玉りそな	農協 漁協	名称: 川口	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	9 8 7 6 5 4	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
	ケンボ ° タロウ				1 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人(健保口)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
	代理人 (健保口情報)	上記指定口座ではなく、健保口への振り込みを指定される場合は、こちらへ記入・捺印ください。 代理人印は、健保口届出印となります。	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ

「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

印

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金支給申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

健保 太郎

訂正箇所等については、被保険者（申請者）情報に押印した印と同一印で訂正ください。

申請内容

1 出産した者 2 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）

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

50年

9月

7日

2 出産した年月日 平成令和 31年 3月 3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 「生産」の場合出生人数 1人

3 「死産」の場合死産児数 人

3 「死産」の場合妊娠経過期間 満 週

4 出産児の氏名 健保 組子

5 出産した医療機関等

名称

鳩ヶ谷総合病院

所在地

川口市南鳩ヶ谷 -

6 出産した方 被保険者 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 1 1. はい 2. いいえ  
家族 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。

6 「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

健康保険組合

記号・番号

1234 - 567

6 (1) 同一の出産について、6 の保険者より出産育児一時金を 2 1. 受けた/受ける予定 2. 受けない

申請時に右記の書類を添付ください。  
添付を確認し、チェックしてください。  
< 3の証明は下記の証明があれば不要です。 >

- 1. 出産費用の領収・明細書（写）
- 2. 直接支払制度の合意文書（写）
- 3. 出生証明書（写） 死産の場合は死産届（写）

証明欄（いずれかに記入ください）

医師・助産師による証明の場合

出産者氏名

出産年月日

平成令和

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

印

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

平成令和

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

訂正箇所等については、証明欄に押印した印と同一印で訂正ください。