

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)	2 2 7		3	5	0	
	氏名・印	(フリガナ) ケンボ ハナコ	✓ 昭和 平成 令和	5	0	9	7
	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 農協 漁協 その他()	支店コード: 357	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 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	ハナコ		

「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)	氏名・印 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ 氏名・印	

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。

「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 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 花子

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 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

生年月日

昭和
平成
令和

年 月 日

2 出産した年月日 平成 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 「生産」の場合出生人数

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 出生児の氏名 **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。
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

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

記号・番号

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

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。

- 出産費用の領収・明細書（写）
- 直接支払制度の合意文書（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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
出生児の数	単胎 多胎 (<input type="text"/> 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。医療機関の所在地 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 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	出生年月日
母の氏名	出生児氏名	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
上記のとおり相違ないことを証明する。市区町村長名		

**医師・助産師（上段）
市区町村（下段）
いずれか一方に証明をいただ
いてください。**

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。