

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 [][][][][]	番号 [][][][][][][][][]	生年月日 昭和 平成 令和	年 [][][]	月 [][]	日 [][]
	氏名・印	(フリガナ) -----			印		
	住所	(〒 [][] - [][])	都 道 府 県				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ([][] - [][])					

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 コード・名称	銀行コード: [][][]	銀行 金庫 信組	支店コード: [][][]	本店 支店
		名称: [][][]	農協 漁協		出張所
			その他([][])	名称: [][][]	本所 支所
預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.申請者 <input type="checkbox"/> 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
		氏名・印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人 (健保口情報)	(〒 [][] - [][]) TEL ([][] - [][])	
	住所	(フリガナ) -----	印
	氏名・印		

「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

1

2

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

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 「死産」の場合死産児数 人 「死産」の場合妊娠経過期間 満 週

4 出産児の氏名

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。 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 保険者名
家族 当組合加入前に加入していた保険者について 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。
< 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 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。 医療施設の所在地 令和 年 月 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
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。 市区町村長名 令和 年 月 日

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。