

## 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	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 : 農協 漁協 本店 支店 名称 : その他 ( ) 名称 : 出張所 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	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
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	印
	代理人 (健保口情報)	(〒 - ) TEL ( )	
	住所	(フリガナ) -----	氏名・印
			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 支給申請書

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 年 月 日  
令和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

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  
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。  
<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。  
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。