

健康保険 被保険者 家 族 出産育児一時金 支給申請書

1

2

被保険者（申請者）記入用

社員番号

被保険者（申請者）情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者等 記号・番号 (左詰め)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>		
	氏名	(フリガナ)		ご記入いただいた内容を訂正する場合は、 訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と 被保険者（申請者）の氏名（サイン）をご 記入ください。			
	住所	(〒 - )					
電話番号 (日中の連絡先)	( )		メールアドレス (支給決定通知書送付先)				

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ( )		本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/>	
	銀行コード:	支店コード:			
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text"/> 左詰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。） <input type="text"/>			口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入ください。

受取代理人の欄	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 (口座名義人)	住所	住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ
	氏名	(フリガナ)	委任者と 代理人との 関係

「被保険者（申請者）記入用」は2ページに続きます。>>>

- ・被保険者等記号・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

(令3.4)  
受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載

# 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者氏名

※申請内容でご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者（申請者）の氏名（サイン）をご記入ください。

申請内容	1 出産した者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	2 出産した年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
	3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産 <input type="checkbox"/> 3. 生産・死産混在		
	3-① 「生産」の場合出産人数	<input type="text"/> 人	3-② 「死産」の場合死産児数	<input type="text"/> 人
			3-②-(1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 <input type="text"/> 週
4 出生児の氏名				
5 出産した医療機関等	氏名	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。 ●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
6-① 「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	
6-①-(1) 同一の出産について、6-①の保険者より出産育児一時金を	<input type="checkbox"/>		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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → ( <input type="text"/> 児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 <input type="text"/> 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 <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。 令和 年 月 日		市区町村長名 <span style="float:right">印</span>		

※証明欄でご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。