

## 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	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	1 0 0 1	1 2 3 4 5 6 7		
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 0 1 0 4 0 1
	住所	(〒 541 - 〇〇〇〇 ) 大阪 都道府県 〇〇区△△1-2-3	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 06 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)					

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。				
	金融機関 名称	〇〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	〇〇〇〇	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7	
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(゚)は1字としてご記入ください。 ケンポ タロウ				

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 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 健保 太郎

申請内容	1 出産した者	2 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）	
	1 - ① 家族の場合はその方の	氏名 健保 花子	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 02年10月22日
	2 出産した年月日	令和 01年05月01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 - ① 「生産」の場合出生人数	1 人	3 - ② 「死産」の場合死産児数 <input type="checkbox"/> 人
		3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間 満 <input type="checkbox"/> 週	
4 出産した医療機関等	名称 健保 桜子	所在地	
5 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	
5 - 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	
5 - ① - (1) 同一の出産について、5 - 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 健保 花子	出産年月日 令和 01年05月01日
		出生児の数 <input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → ( ) 児	生産または死産の別 <input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 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 大阪府〇〇区△△□-□-□ 医療施設の名称 〇〇〇病院 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	出生年月日 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