

被保険者(申請者)情報	記号	1 9	番号	1 2 3 4	生年月日	年	月	日
	被保険者証の(右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	5	6	0 8 0 9
	氏名	(フリガナ)	ケンポ タロウ		<input type="checkbox"/> 平成			
	住所	(〒 6 2 3 - 0 0 1 1)	京都	都 道 府 県	<input type="checkbox"/> 令和			
電話番号(日中の連絡先)	TEL 0773 (4 2) 0088				綾部市青野町膳所1番地			
<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 <input checked="" type="checkbox"/>)								

振込先指定口座	金融機関名称	〇〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1	1. 普通 2. 当座 3. 別段 4. 通知	口座番号
	口座名義	ケ ン ホ タ ロ ウ		口座名義の区分
▼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。)				1 1. 申請者 2. 代理人

※被保険者(申請者)の振込口座をご記入ください。
 ※ゆうちょ銀行の口座の場合、振込専用の店番(漢数字3文字)、預金種目、口座番号をご記入ください。

代理人の欄	住所	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	代理人(口座名義人)	TEL	令和 年 月 日
	住所		
	氏名		委任者と代理人との関係

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の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

※ 記入不要 ※

(R2.12)

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

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

申請内容

1 出産した者

2

1か2のいずれかをご記入下さい。

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

昭和
 平成
 令和

5

5

年

1

0

月

2

2

日

2 出産した年月日

令和

2

年

5

月

2

1

日

3 生産または死産の別

1

1、2、3のいずれかをご記入下さい。

1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3 - ①

「生産」の場合出生人数

2

人

3 - ②

「死産」の場合死産児数

0

人

3 - ② - (1)

「死産」の場合妊娠経過期間

満

0

週

4 出生児の氏名

健保 二郎、三郎

5 出産した医療機関等

名称

〇〇総合病院

所在地

京都府〇〇〇〇〇〇

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か2のいずれかをご記入下さい。

1. はい 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

〇〇健康保険組合

記号・番号

12345678-90

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

2

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

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

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

印

医療機関または市区町村で証明をもらって下さい。