

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

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 1 9	番号 1 2 3 4 5	いずれかにチェックを入れてください。	
	氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 6 0	月 4
	住所 (〒 111 - 1111) A 都道府県 B市C町D 1番地				
	電話番号 (日中の連絡先) TEL 070 (1111) 1111				
<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	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	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(゜)は1字としてご記入ください。 ケンポ タロウ				

※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。

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

(R6.12)

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

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	1か2のいずれかをご記入ください。		いずれかにチェックを入れてください。	
	1-① 家族の場合はその方の	氏名	健保 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	2 出産した年月日	令和	<input type="text" value="6"/> 年 <input type="text" value="12"/> 月 <input type="text" value="1"/> 日	<input type="text" value="3"/> 年 <input type="text" value="10"/> 月 <input type="text" value="22"/> 日	
	3 生産または死産の別	1, 2, 3のいずれかをご記入ください。			
	3-① 「生産」の場合出生人数	<input type="text" value="1"/> 人	3-② 「死産」の場合死産児数	<input type="text" value=""/> 人	3-②-(1) 「死産」の場合妊娠経過期間 満 <input type="text" value=""/> 週
4 出産した医療機関等	名称	〇〇総合病院	所在地	京都府E市F町G2番地	
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。		<input type="text" value="1"/>	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	〇×△健康保険組合	
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			記号・番号	1234-56789	
			<input type="text" value="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	出産者氏名	出生年月日	令和 <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日
	市区町村長による	母の氏名	出生児氏名	出生年月日 令和 <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日
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	医療施設の名称	医師・助産師の氏名
令和 <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日				

医療機関または市区町村で証明をもらってください。