

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		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 6 0 4 1
	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

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。

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

昭和
平成
令和

3

年

1

0

月

2

2

日

2 出産した年月日

令和 6年 12月 1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

人

3 - ② - (1)
「死産」の場合妊娠経過期間

満 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。

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 ○×△健康保険組合

記号・番号 1234-56789

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

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

医療施設の名称

令和 年 月 日

医師・助産師の氏名

※内払金支払依頼書として提出する場合のみご記入ください。

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

【内払金支払依頼書として提出する場合】

医師・助産師による出産証明、または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明を受けてください。ご確認ください。
死産の場合は、医師・助産師に限って証明を受けてください。ただし、医療機関等から交付される領収・明細書に「出産年月日」および「出生児数」が記載されている場合、もしくは死産の場合で「死産年月日」および「妊娠週数」が記載されている場合は必要ありません。

【差額申請書として提出する場合】

医師・助産師による出産証明、または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明は必要ありません。