

(直接支払制度利用)

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>		
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>		
住所	(〒 -)	(都 道 府 県)	自署の場合は押印を省略できます。				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						
<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	金融機関名称	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	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	<input type="text"/>
	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。)		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・押印ください。(押印省略不可)

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
	氏名・印	<input type="text"/>		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 ()	委任者と代理人との関係
住所	(フリガナ)			
氏名・印	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

「申請者長記入用」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

(元.5)

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

1

2

被保険者氏名

申請内容

1 出産した者 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

生年月日

昭和
 平成
 令和

年 月 日

2 出産した年月日 令和 年 月 日

3 生産または死産の別 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3 - ①
「生産」の場合出生人数 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 出生児の氏名

5 出産した医療機関等 名称 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。 1. はい 2. いいえ
●家 族 ⇒ 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。

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 1. 受けた／受ける予定 2. 受けない