

(直接支払制度を利用しない)

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)			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()	(府) (県)			
<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	銀行) (金庫) (信組)	(本店) (支店)
		(農協) (漁協)	(出張所)
		(その他) ()	(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"/>
▼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
口座名義	<input type="text"/>		<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"/>	(印)	住所	「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	住所	(〒	—)	TEL	()	
代理人(口座名義人)	(フリガナ)	<input type="text"/>	(印)	委任者と代理人との関係			
氏名・印	<input type="text"/>	(印)					

「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

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(印)

(元.5)

受付日付印

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 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。
●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。

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

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

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 ⇒ () 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
医療施設の名称
医師・助産師の氏名

印

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。
令和 年 月 日

市区町村長名

印