

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

被保険者(申請者)記入用

1

2

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください																							
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table> <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
	1	2	3	4																						
	1	2	3	4	5	6	7																			
氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 610415 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和																								
住所	(〒 123 - 4567) 東京	都道府県 港区○○1-1 ○○マンション101																								
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (1230) 4567																									
<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"/>) <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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。</small>																										

振込先指定口座	金融機関 名称	○○	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所													
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7						
	1	2	3	4	5	6	7										
	口座名義 (カタカナ)	<small>▼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(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。</small> ケンホ^ーハナコ <table border="1" style="margin-top: 10px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>															

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

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

申請内容

- 1 出産した者 2. 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

東京 花子

生年月日

昭和
□ 平成
□ 令和

57

5

15

日

- 2 出産した年月日 令和 4 年 7 月 1 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

1

3 - ②
「死産」の場合死産児数

□

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 ○○○クリニック 所在地 ○○県○○市○○ ○○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. 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 ○○市国保

記号・番号 ○○-○○○

- 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 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)	出産者氏名	出産年月日	令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
	出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input checked="" type="checkbox"/> 多胎 () 児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 ■ (妊娠 <input type="checkbox"/> 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			
証明欄 (市区町村長による 生産のみ)	本籍	○○県○○市○○ ○○番地	筆頭者 氏名 東京 鉄男
	母の氏名	東京 花子	出生児 氏名 次郎
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 4 年 7 月 3 日 市区町村長名 ○○市 市長 ○○ ○○ (印)			