

1

2

## 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

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)	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 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	6 1 0 4 1 5
	住所	(〒 123 - 4567 ) 東京 港区〇〇1-1 〇〇マンション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"/> )						

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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 銀行 金庫 信組 農協 漁協 〇〇駅前 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゜ ハナコ				

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

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

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

東京 花子

生年月日

☒ 昭和  
☐ 平成  
☐ 令和

57

年

5

月

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

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

〇〇〇クリニック

所在地

〇〇県〇〇市〇〇 〇〇番地

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

〇〇市国保

記号・番号

〇〇-〇〇〇

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

市区町村長による  
証明の場合(生産のみ)

本籍

〇〇県〇〇市〇〇 〇〇番地

筆頭者  
氏名

東京 鉄男

母の氏名

東京 花子

出生児  
氏名

次郎

出生  
年月日

令和

4

年

7

月

1

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

4

年

7

月

3

日

〇〇市 市長

〇〇 〇〇

(印)