

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	被保険者証の (右づめ)	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	氏名・印	(フリガナ)		印
	住所	(〒 _____) (都 道 府 県)		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL (_____)		

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①マイナポータル等で公金受取口座の事前登録をされていない方は下記へ口座をご記入下さい。(口座情報反映には登録から数日を要します) 注②受取代理人(事業主への振込)を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。			
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 (_____)	(*1)	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"/>	(*2) 左づめでご記入ください。
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。)			振込指定口座は、被保険者・ご本人(申請者)様の口座に限ります。「被保険者・ご本人」以外の口座を指定することはできませんので、ご注意ください。

(*1) ゆうちょ銀行の場合、通帳記載の店番号をご記入願います。

(*2) ゆうちょ銀行の場合、通帳記載の他金融機関振込用の口座番号7桁をご記入願います。

<添付書類>

・出産費用の領収・明細書の写し

*健保使用

支給額 _____ 円

③ 記入誤り、記入漏れ等がある場合、書類の返却させていただく場合がございます。
記載漏れの無い状態でご提出下さいます様お願い致します。

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄

(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄印

(受付No _____)

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	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族（被扶養者）		
	1 - ② 家族の場合はその方の	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	2 出産した年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
	3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産 <input type="checkbox"/> 3. 生産・死産混在		
	3 - ① 「生産」の場合出生人数	<input type="text"/> 人	3 - ② 「死産」の場合死産児数	<input type="text"/> 人
			3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 <input type="text"/> 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。		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> 1. 受けた／受ける予定 <input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
		出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input 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 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
証明の場合 (生産のみ)	市区町村長による	本籍	筆頭者氏名	
		母の氏名	出生児氏名	出生年月日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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