

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
被保険者等(右づめ) 記号 番号 生年月日 年 月 日
氏名 (フリガナ) 事業所名称
住所 (〒 -) (都(道) 府(県))
電話番号 (日中の連絡先) TEL ()

申請内容
出産した者 被保険者 被扶養者 出生年月日 令和 年 月 日
出生児の氏名※ 出生した医療機関等 名称 所在地
出産した方 はい いいえ 「はい」の場合は、右欄もご記入ください。
保険者名 記号・番号
左の保険者より同一の出産について出産育児一時金を
 受けた / 受ける予定
 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
出生者氏名 出生年月日 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)
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

振込先指定口座
金融機関名 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 普通 口座番号 口座名義 (カタカナ)

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者等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

※死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、出生時氏名の記載は不要です。