

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	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者	出産した者が被扶養者の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日			
	出産した年月日	令和	年	月	日	生産児数	人	死産児数	人	死産の場合は妊娠経過期間	満	週
	出生児の氏名※	出産をした医療機関等		名称	所在地							
	出産した方	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 受けた / 受ける予定 <input type="checkbox"/> 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	<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。		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。		市区町村長名	印							

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	普通	口座番号

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)

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印

印