

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 〇〇〇	番号 〇〇〇〇〇	生年月日 年 月 日 ☒ 昭和 ☐ 平成 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇
	氏名 (フリガナ) デンセツ タロウ 電設 太郎	事業所名称 △△ 株式会社		
	住所 (〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 〇〇 〇〇市 〇〇区 〇〇町 〇-〇-〇			
	電話番号 (日中の連絡先) TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇			

申請内容	出産した者 ☐ 被保険者 ☒ 被扶養者	出産した者が 被扶養者の場合 はその方の	氏名 電設 花子	生年月日 年 月 日 ☒ 昭和 ☐ 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	出産した 年 月 日 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	生産児数 1 人	死産児数 0 人	死産の場合は 妊娠経過期間 満 〇 週
	出生児の 氏名※ 電設 健太	出産をした 医療機関等 名称 〇〇〇〇病院 所在地 〇〇市 〇〇区 〇〇町 〇〇番地		
	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。		●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ヶ月以内の出産ですか。
		●被保険者 → 現在加入している保険者 ●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者	左の保険者より同一の出産 について出産育児一時金を	
		保険者名 〇〇〇〇健康保険組合	☐ 受けた / 受ける予定 ☒ 受けない	
		記号・番号 〇〇〇・〇〇〇〇		

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 電設 花子	出産年月日 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	出生児の数 ☒ 単胎 ☐ 多胎 → (〇) 児	生産または死産の別 ☒ 生産 ☐ 死産 → (妊娠 〇 週)	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	医療施設の所在地 〇〇市 〇〇区 〇〇町 〇〇番地 医療施設の名称 〇〇〇〇病院 医師・助産師の氏名 〇〇〇 〇〇〇	先生の印
	市区町村長による 証明の場合(生産のみ)	本籍 筆頭者 氏名 出生年月日 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		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	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)社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

印