

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	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	被保険者等の 記号・番号 (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	氏名 (フリガナ)	ケンボ アキコ 健保 秋子	
住所	(〒 700 - 0000)	広島 都府県 安芸区〇〇9-10-11	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 082 (XXX) XXXX		
<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☑)			
振込先指定口座	☑ 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☑ 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。また、受取代理人を指定する場合は、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()	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"/>
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(゚)は1字としてご記入ください。)		口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1.申請者 2.代理人

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所	TEL	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
			(〒 -)	TEL ()
				委任者と 代理人との 関係

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

(R2.12)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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 健保 秋子

申請内容	1 出産した者	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 健保 秋子	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 1 3 年 0 2 月 2 2 日
	2 出産した年月日	令和 0 7 年 0 4 月 0 2 日	
	3 生産または死産の別	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 <input type="checkbox"/> 人
		3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 <input type="checkbox"/> 週
4 出産した医療機関等	名称 ××産婦人科医院	所在地	広島県広島市安芸区〇丁目〇〇番〇号
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。		<input type="checkbox"/> 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		
	記号・番号		
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			<input type="checkbox"/> 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 健保 秋子	出産年月日 令和 0 7 年 0 4 月 0 2 日
		出生児の数 <input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → () 児	生産または死産の別 <input checked="" 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 7 年 4 月 28 日	医療施設の所在地 広島県広島市安芸区〇丁目〇〇番〇号 医療施設の名称 ××産婦人科医院 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	筆頭者氏名
		母の氏名	出生児氏名
			出生年月日 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 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

添付書類

- ・医師、助産師または市区町村長の証明がない場合は、出生日が確認できる書類(原本)
- ・出産費用の領収・明細書の写し
- ・直接支払制度に係る代理契約に関する文書の写し(直接支払制度を利用しない旨の記載があるもの)
- ・直接支払制度に係る代理契約に関する文書の写し(直接支払制度を利用する旨の記載があるもの)