

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 記号・番号 (左づめ)	記号	番号	マイ ナンバー	被保険者等記号番号が分からない場合に記入してください		
	氏 名	(フリガナ)			生年月日	☐ 昭和	☐ 平成
	住 所	(〒 —)			TEL	()	
	電話番号 (日中の連絡先)	都 道 府 県					
☐ 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	公金受取口座	☐ マイナポータル等で事前に登録した公金受取口座を利用します。 (マイナンバーと紐づく預貯金口座情報を国へ登録している場合のみ選択可。利用する場合は下記の口座情報は記入不要です。)					
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組	本支店コード	本店 支店	出張所		
		農協 漁協		本所 支所			
		その他 ()					
	預金種別	☐ 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	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。)				口座名義 の区分	☐ 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

令和 年 月 日

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。		
		氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	代理人 (口座名義人)	(〒 —) TEL ()	委任者と代理人 との関係	
		住所 (フリガナ) 氏名		

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

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 出産育児一時金
家 族 出産育児一時金付加金 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	☐ 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	生年月日	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日
2 出産した年月日	令和 年 月 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	人	3 - ② 「死産」の場合死産児数	人
		3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 週
4 出生児の氏名	死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記入不要です。		
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。		
	☐ 1. はい 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	☐ 1. 受けた／受ける予定 2. 受けない		

証明欄（いずれかに証明を受けてください）

医師・助産師による 証明の場合	出産者氏名	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)
	医療施設の所在地 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称 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 年 月 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		

【必要な添付書類】

- ①「出産費用の領収・明細書」の写し
- ②「医療機関と交わした合意文書（直接支払制度を利用しない旨）」の写し（海外で出産した場合は不要）