

記入例

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	1 2 3 4	番号	5 6 7 8	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和	0 4	0 1	0 1
					<input type="checkbox"/> 平成			
					<input checked="" type="checkbox"/> 令和			
氏名	(フリガナ)	ケンポ タロウ 健保 太郎						
住所	(〒 453 - 0015 )	愛知 都道 府県			名古屋市中村区椿町3番21号			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 052 ( 451 ) 0291							
<input checked="" 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	<input type="checkbox"/> 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	左づめてご記入ください。				
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	<input type="checkbox"/> 1.申請者 <input type="checkbox"/> 2.代理人

受取代理人の欄	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								
	被保険者 (申請者)	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)	住所 (フリガナ)	氏名	(〒 - )	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

Blank box for My Number entry.

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

(R2.12)

受付日付印

Blank box for receipt date stamp.

## 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 太郎

申請内容

1 出産した者

2

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 花子

生年月日

 昭和  
 平成  
 令和

50

年

03

月

03

日

2 出産した年月日

令和

04

年

05

月

05

日

3 生産または死産の別

1

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

□

人

3 - ② - (1)

「死産」の場合妊娠経過期間

満

□

□

週

4 出産した医療機関等

名称

〇〇病院

所在地

名古屋市〇〇区〇〇町〇番地

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。

2

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

□

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

出産年月日

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)

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

令和

年

月

日

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。

市区町村長名

令和

年

月

日

印