

【本人の場合】

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

記入日 和暦(令和) 1年 10月 1日

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 1	番号 1234	生年月日 和暦(平成) 3年 3月 3日
	氏名・印	(フリガナ) ケンポ ハナコ	健保 花子	印
	住所	(〒 123 - 4567)	東京	〇〇市△△1-1-1
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 000 (000) 0000		

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	金融機関 名称	〇〇〇	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	①. 普通 2. 当座	口座番号 1234567	左づめでご記入ください。
	口座名義	健保 花子	口座名義 の区分	①. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

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。	和暦() 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	氏名・印	(〒 -) 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。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

受付日付印

(令和2年3月改)

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 花子

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	生年月日	和暦（ ） 年 月 日	
	2 出産した年月日	和暦（令和） 1 年 8 月 30 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	人	3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間 満 週
	4 出生児の氏名	健保 一郎			
5 出産した医療機関等	名称	〇〇産婦人科医院	所在地	東京都〇〇市〇〇1-2	
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 花子		出産年月日	和暦（令和） 1 年 8 月 30 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。	医療施設の所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇市〇〇1-2			
		和暦（令和） 1 年 9 月 6 日	医療施設の名称	〇〇産婦人科医院			
			医師・助産師の氏名	健康 一郎		印	
証明の場合 (生産のみ)	市区町村長による 証明の場合	本籍	筆頭者氏名				
		母の氏名	出生児氏名	出生年月日	和暦（ ） 年 月 日		
		上記のとおり相違ないことを証明する。					印
		和暦（ ） 年 月 日	市区町村長名				