

常務理事	事務長	課長	担当者

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報

被保険者証の (右づめ)	記号 1 2 3	番号 4 5 6 7 8 9 0	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 5 0 0 9 0 1
氏名・印 (フリガナ)	ケンホ タロウ 健保 太郎		自署の場合は押印を省略できます。
住所 (〒 ××× - ××××)	東京 都道府県 ○○○○		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ×× (△△△) □□□□		

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	○○○	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 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	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。) ケンホ タロウ			口座名義の区分 1 1.申請者 2.代理人

※原則、被保険者のご本人口座へのお振込みになります。

「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。	平成 年 月 日
氏名・印	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 (〒 -) TEL ()	委任者と代理人との関係
氏名・印	(フリガナ)	

「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マイナンバーの記入は不要です
・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

マイナンバー記載欄

社労士記入欄

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

(29.3)
受付日付印

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

52

年

07

月

01

日

2 出産した年月日

平成

30

年

04

月

10

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 出生児の氏名

健保 次郎

5 出産した医療機関等

名称

〇〇クリニック

所在地

横浜市

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。

2

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

出産年月日

平成

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

平成

年

医療施設の名称

医師・市区町村にて

いずれかに証明欄記入

印

市区町村長による証明の場合(生産のみ)

本籍

母の氏名

氏名

年月日

平成

年

月

日

上記のとおり相違ないことを証明する。

平成

年

月

日

市区町村長名

印

【添付書類】

領収書・明細書のコピー
(産科医療保障制度加入機関の押印があるもの)

← 添付をお願いいたします。