

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

記号 123 番号 4567890 生年月日 昭和 500901

氏名・印 ケンホ タロウ 健保 太郎

住所 東京 〇〇〇

電話番号 TEL ×× (△△) 〇〇〇〇

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 本店 支店

預金種別 1 1.普通 3.別段 口座番号 1234567 左づめでご記入ください。

口座名義 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) 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 (フリガナ) 氏名・印

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名記載欄

印

(1.5) 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）

 昭和

1 - ①

家族の場合はその方の

氏名

健保 花子

生年月日

 平成 令和

52

年

07

月

01

日

2 出産した年月日

令和 01 年 05 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

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

令和 年

医療施設の名前

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 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

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。