

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

診療を受けた方が被保険者本人の場合は「被保険者」を、ご家族の場合は「家族」を○で囲む

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)					
	氏名	(フリガナ)				太枠内の被保険者(申請者)情報は全て記入する
	住民票住所	(〒 -)	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☑) 被保険者本人が送付する場合はチェック不要						

※給与振込口座に入金します。(健保が特殊事由と認める場合のみ、別口座への入金を可能とする)
※任意継続者は、資格取得申請書に届け出た口座に入金します。

振込先指定口座	☐ 特殊事由により他の口座を指定します。(利用する場合は☑ (チェック) を入れ、下記の欄を記入。 注) 原則、振込先は給与振込口座とし、他行振込みは不可とする。				
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 特殊な事情が無ければ記入不要 その他 ()			本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)		
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。			

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

(R6.12)

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 家族 出産育児一時金 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	受診者が家族の場合に氏名、生年月日を記入する。		
		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 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	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	○○産婦人科医院		所在地	群馬県前橋市△△△
5 出産した方	●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 2. はい 2. いいえ ●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。				
5-① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。	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	出産者氏名	出生年月日	令和 年 月 日
	市区町村長による	母の氏名	出生児氏名	出生年月日
	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)		
	直接支払制度を利用した方は、証明欄の証明は不要です。直接支払制度を利用しなかった方は、医師または市町村の証明と領収書（原本）の添付が必要になります。			
	上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長名			