

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	被保険者証の 記号	番号	生年月日 年 月 日
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名・印	フリガナ	自署の場合は押印を省略できます。
	住所	(〒 -)	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		
<input 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 <input checked="" type="checkbox"/>)			

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	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号 <input type="text"/>
	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.被保険者 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	氏名・印	住所	令和 年 月 日
		(〒 -) TEL ()	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)	フリガナ	住所	委任者と代理人との関係
		氏名・印		

被保険者のマイナンバー記載欄	<input type="text"/>
----------------	----------------------

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

常務理事	事務長	担当	担当

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

2/2
被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	1 出産した方	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
	2 出産した年月日	令和	年	月	
	3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/>	1. 生産	2. 死産	3. 生産・死産混在
	3-① 「生産」の場合出生人数	<input type="checkbox"/> 人	3-② 「死産」の場合死産児数	<input type="checkbox"/> 人	3-③-(1) 「死産」の場合妊娠経過期間 満 <input type="checkbox"/> 週
	4 出生児の氏名				
	5 出産した医療機関等	名称	所在地		
	6 出産した方	●被保険者 → 退職後6か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。	<input type="checkbox"/>	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		<input type="checkbox"/>	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・助産師による場合	出産者氏名	出産年月日		令和	年	月	日	
		出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎⇒()児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産	<input type="checkbox"/> 死産⇒(妊娠)週)		
		医療施設の所在地							
		上記のとおり相違ないことを証明する。							
		医療施設の名称							
	(証明の場のみ) 市区町村長による	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							