

# 健康保険 被保険者 被扶養者 出産育児一時金支給申請書

1/2  
被保険者(申請者)記入用

被保険者情報	被保険者の 記号・番号	記号	番号	生年月日
	氏名・印		フリガナ	電話番号
	住所	(〒                          )		

振込先指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 (                          )	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 別段 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 通知	口座番号
	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。)	

代理人の場合は必ず「受取代理人欄」に記入・押印をしてください。

受取代理人欄	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。		令和      年      月      日
	被保険者の 氏名・印	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 代理人	
	代理人 (口座名義人) の情報	住所	委任者と 代理人との 関係
	フリガナ	電話番号	

申請書は2枚目に続きます。>>>

健保組合使用欄			
常務理事	事務長	担当	担当

# 健康保険被保険者被扶養者 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"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 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"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在		
	3-① 「生産」の場合 出生人数	<input type="text"/> 人	3-② 「死産」の場合 死産児数	<input type="text"/> 人
	3-③-(1) 「死産」の場合 妊娠経過期間	満	<input type="text"/> 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"/> はい	<input type="checkbox"/> 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 → 当組合の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"/> 受けた/受ける予定		<input type="checkbox"/> 受けない	

証明欄 (いずれかにご記入ください)	医師・助産師の場合	出産者氏名	出生年月日	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)		
市区町村長による(生産のみ)	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						
	令和	年	月	日	医師・助産師の氏名		
市区町村長による(生産のみ)	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							印
令和	年	月	日				