

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 / 被保険者(申請者) **記入例**

被保険者情報	被保険者の記号・番号	記号 1 1 4 1	番号 1 2 3 4 5 6	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	1 年 1 月 2 3 日
	氏名・印	フリガナ サカイ タロウ	堺 太郎		電話番号 080-1111-2222
	住所	(〒 1 2 3 - 4 5 6 7) 〇〇県△△市□□ 1-1-1			

振込先指定口座	金融機関名称	ヒッコシ	銀行 (銀行) 金庫 (金庫) 信組 (信組) 農協 (農協) 漁協 (漁協) その他 ()	サカイ	本店 (本店) 支店 (支店) 出張所 (出張所) 支所 (支所)
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 別段 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	
	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。) サ カ イ ハ ナ コ			口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 代理人

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 6 年 12 月 20 日	
	被保険者の氏名・印	堺 太郎		【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)の情報	住所 〒 123-4567 〇〇県△△市□□ 1-1-1	委任者と代理人との関係 妻	
	フリガナ	サカイ ハナコ		
	氏名	堺 花子		電話番号 080-3333-4444

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
この欄は記入不要です。			

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/ 記入例
被保険者(申請)

被保険者氏名 堺 太郎

申請内容	1 出産した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		
	1-① 家族の場合はその方の	【氏名】 堺 花子	【生年月日】 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	3 年 2 月 1 0 日
	2 出産した年月日	令和 6 年 1 1 月 1 1 日		
	3 生産または死産の別	<input checked="" 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	1 人	3-② 「死産」の場合 死産児数	人
	3-③-(1) 「死産」の場合 妊娠経過期間	満		週
4 出生児の氏名	堺 次郎			
5 出産した医療機関等	【名称】 ○○病院	【所在地】	○○県△△市▼▼1-2-3	
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 checked="" 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 → 当組合の前に入っていた保険者について	【保険者名】 国民健康保険	【記号】 123456	【番号】 11	
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 checked="" type="checkbox"/> 受けない	

証明欄	医師・助産師の場合	出産者氏名	堺 花子		出産年月日	令和 6 年 1 1 月 1 1 日
		出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → () 児	生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 週)	
(証明のみ)	市区町村長による	医療施設の所在地				○○県△△市▼▼1-2-3
		上記のとおり相違ないことを証明する。				
		医療施設の名称				○○病院
		令和 6 年 12 月 1 日				
		医師・助産師の氏名				引越 健
		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				

どちらかに記入してもらってください。