

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

1/2 **記入例**

被保険者(申請者)記入用

|   |                       |                                  |               |  |             |   |                             |
|---|-----------------------|----------------------------------|---------------|--|-------------|---|-----------------------------|
| 被保険者(申請者)情報   | 記号                    | 番号                               | 生年月日          | 年                                      | 月           | 日 |                             |
|   | 被保険者証の                | 1 1 1 1                          | 1 1 1 1 1 1 1 | <input type="checkbox"/> 昭和            | 0 1 0 1 0 1 |   |                             |
|   | 氏名・印                  | フリガナ サカイ タロウ<br><b>堺 太郎</b>      |               | <input checked="" type="checkbox"/> 平成 |             |   | <input type="checkbox"/> 令和 |
|   | 住所                    | (〒 111 - 1111 )<br>〇〇県〇〇市〇〇1-1-1 |               | 自署の場合は押印を省略できます。                       |             |   |                             |
| 電話番号<br>(日中の連絡先)  | TEL 111 ( 1111 ) 1111 |                                  |               |  |             |   |                             |
| <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 | サカイ <small>銀行 金庫 信託 農協 漁協 その他 ( )</small>                           |      | ヒッコシ <small>本店 支店 出張所 本所 支所</small> |                   |
|         | 預金種別   | 1 1.普通 3.別段<br>2.当座 4.通知  | 口座番号 | 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1                 |                   |
|         | 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(ˆ)は1字としてご記入ください。)<br>サ カ イ ハ ナ コ |      | 口座名義の区分                             | 2 1.被保険者<br>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        | 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 4 年 5 月 31 日 |                         |
|                | 氏名・印        | <b>堺 花子</b>                                    |                         |
|                | 住所          | (〒 111 - 1111 ) TEL 111 ( 1111 ) 1111          |                         |
|                | 住所          | 住所 〇〇県〇〇市〇〇1-1-1                               |                         |
| 代理人<br>(口座名義人) | フリガナ        | サカイ ハナコ  |                         |
| 氏名・印           | <b>堺 花子</b> |  | 委任者と代理人との関係<br><b>妻</b> |

|                |                 |
|----------------|-----------------|
| 被保険者のマイナンバー記載欄 | マイナンバーの記入は任意です。 |
|----------------|-----------------|

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

|      |     |    |    |
|------|-----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 | 担当 |
|      |     |    |    |

ここは記入の必要ございません。→

# 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 **堺 太郎**

|                                     |   |                              |  |
|-------------------------------------|---|------------------------------|--|
| 申請内容                                | 1 出産した方   | <input type="checkbox"/> 2   | 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 <b>堺 花子</b>               | 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和<br>05年05月05日 |
|                                     | 2 出産した年月日   | 令和 04年04月01日                 |  |
|                                     | 3 生産または死産の別   | <input type="checkbox"/> 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   | <input type="checkbox"/> 1 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  | <b>堺 次郎</b>                  |  |
|                                     | 5 出産した医療機関等   | 名称 <b>〇〇病院</b>               | 所在地 <b>〇〇県〇〇市〇〇2-2-2</b>   |
| 6 出産した方                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>●被保険者 → 退職後6か月以内の出産ですか。</li> <li>●家族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。</li> </ul>  | <input type="checkbox"/> 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。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>●被保険者 → 現在加入している保険者について</li> <li>●家族 → 当組合加入前に加入していた保険者について</li> </ul> | 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<br>(いずれかにご記入ください) | 医師の<br>助産師による<br>場合 | 出産者氏名     | <b>堺 花子</b>   | 出産年月日   | 令和 04年04月01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)        |  |
|                       | 医療施設の所在地            |           | <b>〇〇県〇〇市〇〇2-2-2</b>  |   |  |  |
|                       | 上記のとおり相違ないことを証明する。  |           | 医療施設の名称   | <b>〇〇病院</b>   |  |  |
| 令和 4 年 4 月 30 日       |                     | 医師・助産師の氏名 | <b>田中 一</b>  |   |  |  |
| (証明の<br>場合のみ)         | 本籍                  |           |   | 筆頭者氏名   |  |  |
|                       | 母の氏名                | 出生児氏名     | 出生年月日   | 令和  | <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 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              |                     |           |   |   |  |  |