

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

1 2

被保険者記入用

被 保 險 者 情 報	記号	9 8 7 6	番号	1 2 3	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)						
	氏名	(フリガナ)	アイチ ハナコ		生年月日	元号	年 月 日
			愛知 花子		平成	0 2 0 3 2 3	
住所	(〒 000 - 000)	愛知 都道府県		〇〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号			
電話番号 (日中の連絡先)	000 (000) 0000	〇〇〇マンション 〇〇〇					
出産育児一時金受給要件確認のため、健康保険組合が必要事項について調査することに				<input checked="" type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない		

振 込 先 指 定 口 座	<input checked="" type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>注1) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。 注2) 給付金の受取をマイナポータル等で登録した公金受取口座にした場合、申請後に公金受取口座情報を登録・変更・抹消されたときは、変更前の口座に給付される場合があります。</small>							
	※在職期間中の申請をする場合は、下記の記入は不要です。							
	金融機関名・店舗名	農業協同組合					<input type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店	
	金融機関コード ・店番号			口座 種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 <input type="checkbox"/> 2.当座	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。 濁点(゜)、半濁点(゜)は1文字としてご記入ください。					口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1.申請者 <input type="checkbox"/> 2.代理人	

「2」の場合は必ず記入してください。

受 領 代 理 人 の 欄	被保険者 (申請者)	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。		年 月 日	
		氏名	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)	住所	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係	
	氏名	(フリガナ)			

「被保険者・医師・市町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付日付印

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・医師・市町村長記入用

被保険者氏名 **愛知 花子**

申請内容	1 出産した者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 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 元号 年 月 日	
申請内容	2 出産した年月日	元号 年 月 日 令和 050402	
	3 生産又は死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産 <input type="checkbox"/> 3. 生産・死産混在	
	3-① 「生産」の場合出生人数	<input type="checkbox"/> 3-② 「死産」の場合出生人数	<input type="checkbox"/> 3-②-① 「死産」の場合妊娠経過期間 満 <input type="checkbox"/> 週
申請内容	5 出生した医療機関等	名称 〇〇マタニティクリニック	所在地 〇〇〇市〇区〇丁目〇番〇号
	6 出産した方	●被保険者 → 退職後6か月以内の出産ですか。 ●被扶養者 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。	
申請内容	6-① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ	
	●被保険者 → 現在加入している保険者について	保険者名	
	●被扶養者 → 当組合加入前に加入していた保険者について	記号・番号	
申請内容	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 <input type="checkbox"/> 2. 受けない	

証明欄（いずれかにご記入ください。）	証 医師明・助産師の場による	出産者氏名 愛知 花子	出産年月日 元号 年 月 日 令和 050402
		出生児の数 <input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → () 児	出産又は死産の別 <input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 5 年 4 月 8 日	医療施設の所在地 〇〇〇市〇区〇丁目〇番〇号 医療施設の名称 〇〇マタニティクリニック 医師・助産師の氏名 〇〇 〇〇	
証明欄（いずれかにご記入ください。）	市町村長による証明	本籍	筆頭者氏名
		母の氏名	出生年月日 元号 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日	市区町村長名	(印)