

# 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 平成	年 0 2	月 0 3	日 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>						
	<b>※在職期間中の申請をする場合は、下記の記入は不要です。</b>						
	金融機関名・店舗名	農業協同組合					本店
金融機関コード ・店番号			口座 種別	1. 普通 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 ( )			
	氏名	(フリガナ)				
			委任者と代理人との関係			

「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 <b>令和 050402</b>	
	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 <b>〇〇マタニティクリニック</b>	所在地 <b>〇〇〇市〇区〇丁目〇番〇号</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>●被扶養者 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。</li> </ul> <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
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。	保険者名	
	<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>●被扶養者 → 当組合加入前に加入していた保険者について</li> </ul>	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 <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 <b>愛知 花子</b>	出産年月日 元号 年 月 日 <b>令和 050402</b>
		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 <b>〇〇〇市〇区〇丁目〇番〇号</b> 医療施設の名称 <b>〇〇マタニティクリニック</b> 医師・助産師の氏名 <b>〇〇 〇〇</b>
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	出生児氏名
		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。		市区町村長名 <span style="float: right;">(印)</span>