

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	番号	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)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)	生年月日	元号	年 月 日
	住所	(〒 -)	都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	()			
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 type="checkbox"/> 同意する	<input type="checkbox"/> 同意しない	

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☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。)

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。

※在職期間中の申請をする場合は、下記の記入は不要です。

振 込 先 指 定 口 座	金融機関名・店舗名	農業協同組合			本店 支店
	金融機関コード ・店番号	<input type="text"/>	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・市区町村長記入用

被保険者氏名

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 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> <input type="text"/>
申請内容	2 出産した年月日	元号 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> <input type="text"/>	
	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	
申請内容	3-① 「生産」の場合出生人数	<input type="text"/> 人	3-② 「死産」の場合出生人数 <input type="text"/> 人
	3-②-① 「死産」の場合妊娠経過期間	満 <input type="text"/> <input type="text"/> 週	
申請内容	5 出生した医療機関等	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。 ●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 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	出生年月日	元号 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 <input type="text"/> <input type="text"/>
		出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → () 児	出生又は死産の別	<input 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。 年 月 日	医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名	
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
		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 