

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 険 者 情 報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日
	氏名・印	(フリガナ)		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

※在职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		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

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受 領 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。		年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所	TEL	
	氏名・印	(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。>>>

被保険者マイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。)

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

申請内容	1 出産した者の氏名	続柄	生年月日 元号 年 月 日
	2 出産した年月日	元号 年 月 日	
	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="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"/> 週	
4 出生児の氏名			
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。		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
6-① 「はい」の場合、『保険者』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 ●被扶養者 → 当組合加入前に加入していた保険者について		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 <input type="checkbox"/> 2. 受けない

証明欄 (いずれかにご記入ください。)	医師・助産師による	出産者氏名	出産年月日	元号 年 月 日
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → () 児	出産又は死産の別	<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。		医療施設の所在地	医療施設の名称
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	