

健康保険 被保険者 出産育児一時金
 家 族 支給申請書(立替払い用)

1 2

被保険者(申請者)記入用

常務理事	事務長	課長	担当者

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 (右づめ)	1 2 3	4 5 6 7 8	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	0	2	0	1	0	1
	氏名 (フリガナ)	ケンコウ ハナコ								
	健康 花子									
住所	(〒 ○○○ - ○○○○)	都 道 府 県		○○区○○町1-2-3						
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ○○○ (○○○)									
<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☑)										

振込先指定口座	金融機関 名称	○ ○ ○	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	○ ○ ○	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	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。)			口座名義 の区分
	ケンコウ ハナコ				1. 申請者 2. 代理人

受取代理人の欄	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。		令和	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)	(〒 -)	TEL ()				
住所 (フリガナ)			委任者と 代理人との 関係				
氏名							

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(R4.6)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者 出産育児一時金
家族 支給申請書(立替払い用)

1

2

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名 健康 花子

申請内容	1 出産した者	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	2 出産した年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	3 生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 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="text"/> 人 3-② 「死産」の場合死産児数 <input type="text"/> 人 3-②-(1) 「死産」の場合妊娠経過期間 満 <input type="text"/> 週
4 出産した医療機関等	名称 <input type="text"/> 病院 所在地 <input type="text"/> 県 <input type="text"/> 町 1-2-3	
5 出産した方	●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 <input checked="" type="checkbox"/> はい 2. いいえ ●家族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。	
5-① 「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 <input type="text"/> 記号・番号 <input type="text"/>	
5-①-(1) 同一の出産について、5-①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 (いずれかにご記入ください)	医師・助産師による証明の場合	出産者氏名 健康 花子 出産年月日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
		出生児の数 <input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (<input type="text"/> 児) 生産または死産の別 <input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 <input type="text"/> 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	医療施設の所在地 <input type="text"/> 病院 医療施設の名称 <input type="text"/> 県 <input type="text"/> 町 1-2-3 医師・助産師の氏名 <input type="text"/> <input type="text"/>
	市区町村長による証明の場合(生産のみ)	本籍 <input type="text"/> 筆頭者氏名 <input type="text"/> 母の氏名 <input type="text"/> 出生児氏名 <input type="text"/> 出生年月日 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	市区町村長名 <input type="text"/> (印)

【添付書類】

1. 領収書・明細書のコピー(産科医療保障制度加入機関の押印があるもの)

【立替払い用として提出する場合】

医師・助産師による出産証明、または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等のいずれかの証明が必要です。