

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

この申請には添付書類が必要となります。添付書類につきましては記入例をご確認ください。

| | | | |
|--------|-------|-------------|---|
| 被保険者情報 | 被保険者証 | 記号 | 番号 |
| | 氏名 | (フリガナ) | 生年月日 昭・平・令 年 月 日 |
| | 住所 | 〒 ー 都・道 府・県 | 電話番号 (日中の連絡先) () |
| | 事業所名称 | | 提出委任 <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。(事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/>) |

| | | | | |
|-----|----------------|--------------------|--------|---------------|
| 振込先 | 金融機関名称 | 銀行・金庫・信組 農協・その他() | 預金種別 | 普通・当座・その他() |
| | | 支店・本店・出張所 その他() | 口座番号 | |
| | 口座名義 (カタカナで記入) | | 口座名義区分 | 被保険者(申請者)・代理人 |

| | | | |
|-----|----------------------|-------------|--------------------------------------|
| 委任状 | 口座名義が代理人の場合にご記入ください。 | 被保険者 (申請者) | 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 |
| | | 代理人 (口座名義人) | 住所 氏名 被保険者との関係() |

| | | | | |
|------|--|---|------------------------|---------------------|
| 申請内容 | 出産した方 (どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>) | <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者) | 出生児の氏名 | |
| | 家族の場合はその方の | 氏名 | 生年月日 昭・平・令 年 月 日 続柄() | |
| | 出産した年月日 | 平・令 年 月 日 | 生産児数 人 死産児数 人 | 死産のとき (妊娠経過期間) か月 週 |
| | 出産した医療機関等 | 名称 | 所在地 | |
| | 他の健康保険などに加入 | 出産日の前後6か月以内に他の健康保険などに加入している場合 | 勤務先 保険者 | 退職した場合はその年月日 記号番号 |

| | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------|----------------|-----------|----------------|
| 証明欄 | ▶ 医師・助産師による証明の場合 | | 出産者 氏名 | | |
| | 出産年月日 | 平・令 年 月 日 | 生産児数 単胎・多胎(児) | 生産又は死産の別 | 生産・死産(妊娠 か月 週) |
| | 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 | | 医療機関の所在地・名称 | 医師・助産師の氏名 | |
| | ▶ 市区町村長による証明の場合(生産のみ) | | | | |
| 本籍 | | 筆頭者 氏名 | | | |
| 母の氏名 | | 出生児氏名 | 出生 年月日 | 平・令 年 月 日 | |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 | | 市区町村長 | | 印 | |

| | | | |
|-----|---|---------|--------|
| 送付先 | この給付金の支払通知書は | | (〒 ー) |
| | <input type="checkbox"/> 1. 事業所に <input type="checkbox"/> 2. 自宅に <input type="checkbox"/> 3. その他に | 送付してほしい | その他の住所 |

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄