

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	マイナンバー (記号番号が分からない場合は記入)			
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令	年	月 日
	住所	〒		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)	氏名					
			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)									
	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た(いる)場合		▶ 別途、「健康保険等加入状況の申告」を添付してください。									

証明欄	▶ 医師・助産師による証明の場合											
	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。		医療機関の所在地・名称									
	令和		年	月	日	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。		市区町村長										
令和		年	月	日								

※ 証明欄(出産育児一時金支給申請書の医師・助産師証明欄)の訂正については、証明者の訂正であると確認できない場合(改ざんの可能性)も想定されます。訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。また、証明欄以外にも訂正箇所がある場合は、二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。

注:記入漏れ等があった場合は、返戻させていただきます。必ず記入漏れ等がないことをご確認のうえご申請ください。

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--