

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	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	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✓)		

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
			氏名				
		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 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。 令和 年 月 日 市区町村長 <span style="float: right;">印</span>													

※ 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。そのため、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。

マイナンバー記入欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

受付日付印

マイナンバーを記入した場合、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。

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄