

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・印	フリガナ ----- ⑩		事業所名称					
	住所 電話番号	(〒 -)		電話番号:	()				
申請内容	出産した年月日	平・令	年	月	日	死産の場合	死産児数	妊娠経過期間	
	出生児の氏名								
	出産した医療機関等	名称			所在地				
	家族が出産した場合はその方の	氏名			生年月日	昭・平・令	年	月	日
	出産した方	●被保険者 ⇒ 退職後6ヶ月以内の出産ですか ●家 族 ⇒ 当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか			□はい ・ □いいえ				
	「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					
	●被保険者 ⇒ 現在加入している保険者について ●家 族 ⇒ 当組合加入前に加入していた保険者について			記号・番号					
この出産で、上記の保険者より出産育児一時金を			□受けた/受ける予定 ・ □受けない						
医師・助産師又は市区町村長の証明欄	出産年月日	平・令	年	月	日	出生児の数	単胎・多胎 (児)	生産または 死産の別	生産・死産 (妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明します。		令和 年 月 日		医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名	⑩			
	本籍				筆頭者氏名				
	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します。		令和 年 月 日		市区町村名	⑩			
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・信組		預金種別	普通 ・ 当座				
		本店・支店・出張所		口座番号					
	口座名義 (カタカナ)			口座名義区分	被保険者(申請者) ・ 代理人				
委任状	口座名義人が代理人の場合にご記入ください。代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	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		⑩				
		代理人	住所						
		(口座名義人)	氏名		⑩ 被保険者との関係 ()				

備考	
----	--

受付年月日

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。
(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。)