

健康保険

被保険者
家 族出産育児一時金
・ 付 加 金

支給申請書

被保険者(申請者)記入用

下記のとおり出産育児一時金を支給申請します。

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	○ ○	○ ○ ○ ○		
	氏名	(フリガナ) トウヨウ タロウ 東洋 太郎		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日 ○ ○ ○ ○ ○ ○
	住所	(〒 ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○) ○○○ 都 道 府 県 ○ ○ 市 ○ ○ 区 ○ ○ 1-2			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ○ ○ ○ (○ ○ ○) ○ ○ ○ ○				
☒ 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	☐ 登録している受取口座を利用します。(利用する場合は ☒ 利用しない場合は下記の欄を記入。)				
	金融機関 名称	○○○ 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 () ○○○			本店 銀行 出張所 本所 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。 ト ウ ヨ ウ タ ロ ウ			

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

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
家族出産育児一時金
・ 付 加 金

支給申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

東洋 太郎

申請内容

1 出産した者

2

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

東洋 花子

生年月日

☐ 昭和
☒ 平成
☐ 令和

〇〇

年

〇〇

月

〇〇

日

2 出産した年月日

令和

〇〇

年

〇〇

月

〇〇

日

3 生産または死産の別

1

1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3 - ①

「生産」の場合出生人数

1

人

3 - ②

「死産」の場合死産児数

〇

人

3 - ② - (1)

「死産」の場合妊娠経過期間

満

〇

週

4 出産した医療機関等

名称

〇〇 産婦人科

所在地

〇〇〇県〇〇市〇〇区〇〇 1-2

5 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か月以内の出産ですか。

2

1. はい 2. いいえ

5 - ①

「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。

●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

保険者名

記号・番号

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

〇

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

出産年月日

令和

〇〇

年

〇〇

月

〇〇

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する。

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

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

令和

〇〇

年

〇〇

月

〇〇

日

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和

年

月

日

市区町村長名

印

出産した医療機関または役所のどちらかの証明を受けてください。