

1

2

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(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	1 0 0 1 1 2 3 4	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	年 月 日 6 1 0 4 1 5
	住所	(〒 123 - 4567) 東京 港区〇〇1-1 〇〇マンション101	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (1230) 4567		
☐ 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	金融機関 名称	〇〇 〇〇駅前店	
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ) 1 2 3 4 5 6 7
	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。 ケンポ ゜ タロウ	

振込先が給与(賞与)の第一振込口座と同じである場合は、記入不要です。

注) 給付日直前の変更や登録内容に誤り等があった場合は、給付日が遅延(翌月以降)する場合があります。

注) 公金受取口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。
注意事項を確認しましたので、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。☐ (利用する場合は☒)

「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 支給申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

健保 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

健保 花子

生年月日

☒ 昭和
☐ 平成
☐ 令和

63

年

5

月

15

日

2 出産した年月日

令和

4

年

7

月

1

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

人

3 - ② - (1)

「死産」の場合妊娠経過期間

満

週

4 出産した医療機関等

名称

〇〇クリニック

所在地

〇〇県〇〇市〇〇 〇〇番地

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

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

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する。

医療施設の所在地

医療施設の名称

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

令和

年

月

日

上記のとおり相違ないことを証明する。

市区町村長名

令和

年

月

日

印

病院で発行された（「※産科医療保障制度」の印のある）領収明細書コピーを添付して下さい。

※産科医療保障制度に加入していない病院は除く

※日本国外でのご出産の場合は、その国が発行する出生証明書を添付してください。（要、日本語翻訳）