

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)			<input type="checkbox"/> 印 ← 自署の場合は押印を省略できます。ただし、受領を代理人に委任する場合は委任状と同じ印を押印ください。			
	住所	〒	—	都・道 府・県				
	事業所名称				電話番号 (日中の連絡先)	()		
				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()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
			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。 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
		代理人(口座名義人)	住所	<input type="checkbox"/> 印 被保険者との関係()			
		氏名・印					
		氏名・印					

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)	出生児の氏名									
	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 <input type="checkbox"/> 印												
	▶ 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 <input type="checkbox"/> 印													

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。)

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。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印