

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

1

2

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報	記号	13	番号	2000	生年月日	年	月	日
	被保険者証の （右づめ）				☐ 昭和			
					☒ 平成	020410		
					☐ 令和			
氏名・印	(フリガナ) ミツイ タロウ 三井 太郎				印			
住所	(〒 350 - 0193) 埼玉 比企郡川島町八幡6-13				印			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 049 (297) 9523							
☒ 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	三井住友				銀行 金庫 信組 農協 漁協 坂戸	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	1234567			左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ（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。） ミ ツ イ タ ロ ウ				口座名義 の区分	1 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。（押印省略不可）

受取代理人の欄	被保険者 （申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。				令和 年 月 日
	氏名・印	印				住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ
	代理人 （口座名義人）	(〒 -) TEL ()				委任者と 代理人との 関係
	住所 (フリガナ) 氏名・印	印				

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

(元.5)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

1 2 申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名 三井 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 三井 花子 生年月日 昭和 平成 令和 02 年 08 月 20 日

2 出産した年月日 令和 03 年 01 月 01 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 出生児の氏名 三井 美子

5 出産した医療機関等 名称 三井総合病院 所在地 埼玉県川越市〇〇 △△-××

6 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

6 - 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

6 - ① - (1) 同一の出産について、6 - 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 出生年月日 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。 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 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 令和 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 市区町村長名 印