

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	健康保険証に記載の記号2桁の番号	健康保険証に記載の番号4桁の番号	年	月	日
	被保険者証の(右つめ)	1 0	1 2 3 4	<input type="checkbox"/> 昭和	0 8 0 7 0 1
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ		<input type="checkbox"/> 平成	
	住所	(〒 761 - 0185)	香川 都(道) 府(県)	<input type="checkbox"/> 令和	高松市新田町甲34
電話番号(日中の連絡先)	TEL 087 (839) 5757				
<input type="checkbox"/> 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	銀行 金 農協 その他()	口座番号	給与振込になりますので記入不要。 ただし、任意継続者・退職後に申請される方は振込口座を記入してください。
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知		
	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。)		
口座名義の区分				<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

* 公金口座をご利用の方は健保組合までご連絡ください

受取代理人の欄	被保険者(申請者) 氏名	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	他人に受取をお願いする方のみ記入	申請者) 情報) の住所と同じ
	(〒 -) TEL ()	委任者と代理人との関係	

添付書類について

- 日本で出産した
- ・出生がわかる書類の原本(住民票・出生証明書等)
 - ・領収書のコピー
- (42万円を超える人は確定申告で領収書が必要になります。)
- 海外で出産
- ・出生がわかる証明書
 - ・出生がわかる書類の和訳したもの

被保険者のマイナンバー記載欄

記入不要

区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

(R2.12)

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

被保険(本人)の氏名

申請内容

1 出産した者

2

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

出産された方について記入してください。

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

0 9

年

0 8

月

0 2

日

2 出産した年月日

令和

0 4

年

0 6

月

0 7

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

5 出産した医療機関等

名称

タダノ総合病院

所在地

高松市新田町〇〇

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

出産年月日

令和

□ □

年

□ □

月

□ □

日

週)

出産した病院またはお住いの市町村で証明をお願いしてください。

市区町村長による証明の場合(生産のみ)

母の氏名

出生児氏名

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