

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	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏名	(フリガナ)		生年月日	年 月 日
	住所	〒	—	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 <input checked="" type="checkbox"/>)			

※給付金の振込先は、被保険者口座または勤務先のいずれかになります。
被保険者口座に給付金の振込みを希望する場合は「振込先」欄を記入のうえ、**通帳の写し**または、**キャッシュカードの写し**を添付してください。
勤務先に給付金の受け取りを委任する場合は「委任状」欄を被保険者と受任者がそれぞれご記入ください。

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	

委任状	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受任者に委任します。	令和 年 月 日
	受任者 (事業主)	氏名 住所 事業所名 氏名	

申請内容	出産した方 (どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)						
	家族の場合は その方の	氏名	生年月日	年 月 日	続柄()			
	出産した年月日	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					
出産前後6ヶ月以内に他の健康保険などに加入していた(いる)場合、その健康保険についてご記入ください		保険者名 (健保組合、国保等)	加入していた(いる) 健康保険などの 被保険者証等記号・番号		記号	番号		

証明欄	▶ 医師・助産師による証明の場合						
	出産年月日	令和 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						
	▶ 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。 市区町村長 令和 年 月 日							

同意欄	この申請に係る健保組合からの問合せを事業所の担当者を通じて行うことに同意します。 被保険者(申請者)氏名
-----	---

受付日付印

※訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名(サイン)をご記入ください。