

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 | 昭・平・令 年 月 日 |
| | 住所 | 〒 - | | | 電話番号 (日中の連絡先) | () |

| | | | | | |
|--------|---|---|------|--------------|--|
| 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 | <input type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 代理人 | | | |
| 公金受取口座 | <input type="checkbox"/> 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、上記の口座情報の記入は不要です。) | | | | |

| | | |
|-----|----------------|--------------------------------------|
| 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代理人に委任します。 令和 年 月 日 |
| | 代理人 (口座名義人) | 氏名 住所 氏名 被保険者との関係() |

| | | |
|------|-------------------|--|
| 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) |
| | 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 | 令和 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た(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 | 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。 令和 年 月 日 医療機関の所在地・名称 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。 令和 年 月 日 市区町村長 (印) | | | | | | |

マイナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

受付印

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。

社会保険労務士記載欄 氏名等