

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

※自署の場合、押印は必要ありません

被保険者情報	被保険者証 記号 番号	事業所名称
	氏名	生年月日 昭・平 年 月 日
	住所 電話番号	電話番号(日中の連絡先) ( )

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 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。 医療機関の所在地・名称 令和 年 月 日 医師・助産師の氏名			
証明欄	▶ 市区町村長による証明の場合(生産のみ)			
	本籍	筆頭者氏名	出生年月日 令和 年 月 日	
	母の氏名	出生児氏名		
上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長 (印)				

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
	氏名	
	代理人(事業主)	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名

※ 事業主へ委任する場合は事業所経由で提出してください。

※ 代理人が事業主以外の場合は、別に添付書類が必要となります。

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	
	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。)		

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し正しい内容をご記入のうえ押印又は氏名(フルネーム)をご記入ください。

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄