

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	記号	1000	番号	XXXX	生年月日	昭和	000000
	被保険者の(右づめ)					平成	
	氏名	(フリガナ) スミトモ タロウ					
	住所	(〒 000 - 0000) 東京 都道府県					
電話番号(日中の連絡先)	TEL 00 (0000) 0000		新宿区00町00				
☒ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(在職中の方は☑を入れてください。任継者は入れないでください。)							

振込先指定口座	金融機関名称	※在職者の家族の出産の場合記入不要 産前産後休暇中・任継者の方は上記委任欄には記入せず、支払先口座をご記入ください				本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	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。)				口座名義の区分 2 1. 申請者 2. 代理人

在職中の方は振込先指定口座は書かずに「口座名義の区分」を「2」として「受取代理人の欄」の「被保険者(申請者)」にご記入ください。任継者・休職者は「1」として振込先をご記入ください。

受取代理人の欄	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。		令和元 年 0 月 0 日
	被保険者(申請者)	氏名 住友 太郎	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)	住所 (〒 -) TEL ()	
	氏名 (フリガナ)		委任者と代理人との関係

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

- 被保険者の記号番号を記入した場合は不要です
- マイナンバーを記載した場合は、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

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(2019.5)

受付日付印

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 住友 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 住友 花子 生年月日 昭和 平成 令和 00 年 00 月 00 日

2 出産した年月日

平成 令和 00 年 00 月 00 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

住友 健太

5 出産した医療機関等

名称 ○○病院

所在地

東京都新宿区○○○×-×-×

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。

1 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 ○○健康保険組合

記号・番号 記号○○○○ 番号XXXX

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

2 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

平成 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。
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

市区町村長による証明の場合（生産のみ）

本籍

※医師又は市区町村長の記入欄

母の氏名

出生児氏名

出生年月日

平成 令和 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明する。
年 月 日

市区町村長名

印