

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

(直接支払制度を利用しなかった場合)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者または被扶養者が出産し、医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用せず、出産費用の補助を受ける場合にご使用ください。
申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

被保険者(申請者)情報	記号	番号	氏名	生年月日	年	月	日
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)		(フリガナ)	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和			
	住所	(〒	—	)	都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)				

確認欄	確認	☐ 右記の要件を確認し、 ☒ を入れてください。	この申請については①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
-----	----	---	--

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	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	☐ 1. 申請者 2. 代理人

「2. 代理人」の場合は必ずご記入ください。

受取代理人の欄	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の代理人に委任します。		令和	年	月	日	
		氏名	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)	(〒	—	)	TEL	(	)	委任者と 代理人との 関係
		住所	(フリガナ)					
		氏名						

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄

(被保険者等記号・番号を記入した場合は不要です)

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

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(6.12)

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

(直接支払制度を利用しなかった場合)

被保険者氏名

申請内容

① 出産した者

☐

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

生年月日

☐ 昭和
☐ 平成
☐ 令和

年 月 日

② 出産した年月日

令和 年 月 日

③ 生産または死産の別

☐

1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

③-①「生産」の場合
出生人数☐ 人③-②「死産」の場合
死産児数☐ 人③-②-①「死産」の場合
妊娠からの
週数及び日数満 週
() 日

④ 出生児の氏名

⑤ 出産した医療機関等

名称

所在地

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. 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

出生児の数

☐ 単胎 ☐ 多胎 → () 児

生産または死産の別

☐ 生産 ☐ 死産 →満 週
() 日上記のとおり相違ないことを証明する。
令和 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

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

市区町村長名

印