

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)

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)	8 1 1 2 3 4	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	1 0 0 8 1 1		
	住所	(〒 123 - 5678)	山口 都道 府県 山口市〇〇1-2-3 △△マンション456				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 080 (1234) 5678					

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	〇〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	〇〇〇〇	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	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
	ケンポ ° タロウ				1 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)

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

(6.12)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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

健保 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

健保 花子

生年月日

☐ 昭和
☒ 平成
☐ 令和

11

年

10

月

22

日

② 出産した年月日

令和

06

年

03

月

15

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
妊娠からの
週数及び日数

満

週

(

)日

④ 出生児の氏名

健保 二郎

⑤ 出産した医療機関等

名称

〇〇総合病院

所在地

山口県山口市△△1-1

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。

2

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