

ご記入事項を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

TEL ○○○ - △△△ - <del>XXXXX</del> □□□□
---------------------------------------

- ① 家族（被扶養者）が出産した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。  
記号・番号は、保険証に記載されています。
- ② 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。（住所・振込口座も同様です。）  
※生年月日欄は、「被保険者」の生年月日をご記入ください。
- ③ ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号（記号・番号（13桁））ではなく、振込専用の店名（漢数字3文字）・預金種目・口座番号をご記入ください。
- ④ 備考欄は、被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。
- ⑤ 死産の場合は、死産児数とともに妊娠からの週数と日数をそれぞれご記入ください。
- ⑥ 「医師・助産師による出産証明」または「市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明」を受けてください。死産の場合は、医師・助産師に限って証明を受けてください。  
証明を受けることができない場合は、「出生（死産）が確認できる書類」を添付してください。

漏れなく正確にご記入ください

健康保険 被保険者 出産育児一時金 支給申請書  
 家族 出産育児一時金付加金

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号	1 2 3	番号	3 0	生年月日	昭和 平成	6	年	1	月	10	日	22	
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎												
	住所	〒524-0104 滋賀県守山市木浜町2298-1												
	電話番号	日中の連絡先	TEL 077-585-4838										携帯	勤務先

振込先指定口座	金融機関名称	〇〇〇	銀行	金庫	〇〇〇	支店	本店	代理店
	預金種別	普通	当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	出張所	支所	
	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) ケンポ タロウ						口座名義の区分

「代理人」の場合は必ず記入ください。

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						
	代理人(口座名義人)	氏名	住所	TEL	住所	「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
		住所	委任者と代理人との関係					
		(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。>>>

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(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。)

備考欄

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印

(R4.6)

組合使用欄	支給決定伺	資格取得	昭和 平成 令和	年	月	日	法定給付	拾万	万	千	百	拾	円
伺		資格喪失	令和	年	月	日							
		扶養認定	平成 令和	年	月	日	付加給付		万	千	百	拾	円
		出産予定	令和	年	月	日							
		出産	令和	年	月	日							

健康保険 被保険者 出産育児一時金 支給申請書  
 家 族 出産育児一時金付加金

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名		健保 太郎	
申請内容	1 出産した者	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="text" value="61"/> 年 <input type="text" value="12"/> 月 <input type="text" value="10"/> 日 平成
	2 出産した年月日	令和 <input type="text" value="04"/> 年 <input type="text" value="05"/> 月 <input type="text" value="21"/> 日	
	3 生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在	
	3-① 「生産」の場合 出生人数	<input type="text" value="1"/> 人	3-② 「死産」の場合 死産児数
		3-②-1 「死産」の場合 妊娠経過期間	満 <input type="text" value="0"/> 週
4 出産した医療機関等	名称	所在地	
	〇〇総合病院	滋賀県守山市〇〇1-1	
5 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。		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5-① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。			保険者名
●被保険者 → 現在加入している保険者について			記号・番号
●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について			
5-①-1 同一の出産について、5-1の保険者より出産育児一時金を			<input checked="" type="checkbox"/> 受けた/受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない

証明欄 (いずれかに記入してください)	医師・助産師による証明の場合	出産者氏名 健保 花子 出生児の数 <input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 双胎 → 児 出産年月日 令和 <input type="text" value="04"/> 年 <input type="text" value="05"/> 月 <input type="text" value="21"/> 日 生産または死産の別 <input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 週)
		医療施設の所在地 滋賀県守山市〇〇1-1 医療施設の名称 〇〇総合病院 令和 4 年 5 月 3 / 日 医師・助産師の氏名 保険 五郎
		上記のとおり相違ないことを証明する。
市区町村長による証明の場合(生産のみ)	本籍 母の氏名 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日	筆頭者氏名 出生年月日 令和 <input type="text" value=""/> 年 <input type="text" value=""/> 月 <input type="text" value=""/> 日 市区町村長名 (印)