

記入見本

支給額	出産育児一時金	¥
	出産育児一時金付加金	¥
	合計	¥

常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書
(付加金・差額)

1 2
被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	XX	9999		
	氏名 (フリガナ)	アコム タロウ		生年月日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和
	住所	123	4567	〇〇都道府県 〇〇市〇〇1-2-3	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	XX	(XXXX)	XXXX	

自署してください。 → 阿込 太郎

振込先指定口座	<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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。				
	金融機関 名称	被保険者等の記号番号がわからない場合はお問い合わせください。 マイナンバーは絶対に記載しないでください。			<input type="radio"/> その他 () <input type="radio"/> 本所 <input type="radio"/> 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)		
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。				

在職者は記入不要(給与口座振込)
退職者は希望する本人口座を記入してください。
いずれの場合も公金受取口座の記入は不要です。

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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

(付加金・差額)

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

阿込 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 阿込 華子	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 XX年XX月XX日
	2 出産した年月日	令和 XX年XX月XX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 <input type="text"/> 人
4 出産した医療機関等	名称 ◇◇◇病院	所在地 ○県○市○○999	
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。		2 1. はい 2. 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。 ●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
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 type="checkbox"/>		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	出生年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
		出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (<input type="text"/> 児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 <input type="text"/> 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 市区町村長名			
	印			

【付加金・差額申請書として提出する場合】

直接支払制度を利用した場合は、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は必要ありません。