

出産育児一時金支給決定伺

取得日	昭和・平成・令和	年	月	日	支給額						
喪失日	平成・令和	年	月	日							
常務理事	事務長	係									円

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

1 2 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 (右づめ)	記号	番号	<input type="checkbox"/> 昭和	生年月日	年	月	日
	氏名	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 平成				
	住所	(〒 - )	都 道 府 県	<input type="checkbox"/> 令和				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )						
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)								

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☑ 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。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。							
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協			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	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

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)	住所	(〒 - )	TEL ( )	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
		住所 (フリガナ)	氏名			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。>>>

確認欄 (チェック)	<input type="checkbox"/>	この届出については、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記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	受付日付印
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右記に○をしてください。 (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)		<input type="radio"/>	
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

被保険者氏名

申請内容	1 出産した者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	2 出産した年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産 <input type="checkbox"/> 3. 生産・死産混在	
	3 - ① 「生産」の場合出生人数	<input type="text"/> 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"/> 週
4 出産した医療機関等	名称	所在地	
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 type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 → (    ) 児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠    ) 週)
		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 <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    年    月    日			市区町村長名
				印