

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書 (付加)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	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 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
	氏名	(フリガナ) .....		生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 [ ][ ][ ][ ][ ][ ]
	住所	(〒 [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] 都 道 府 県)		
	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☑)				

私は\_\_\_\_\_を代理人と定め、次の権限を委任する。  
年 月 日請求した出産育児一時金のうち  
金 円也の受領に関すること。

年 月 日

被保険者の(請求者)住所  
氏名  
代理人の住所  
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。&gt;&gt;&gt;

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

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	<input type="text"/> 人	3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間
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	出産者氏名	出産年月日	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。	医療施設の所在地	医療施設の名称	医師・助産師の氏名
	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日			
市区町村長による	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。	市区町村長名		印
	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日			