

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・出産育児一時金付加金支給申請書

被保険者情報	被保険者等記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	被保険者氏名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒 -		電話番号 (日中の連絡先)	()
				提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

振込先	金融機関名称	銀行・信金・信組 農協・漁協・信連・信漁連 支店・本店・出張所 支所・本所	金融機関・支店コード	-
	口座名義 (カタカナで記入)		預金種別	普通・当座・その他()
	公金受取口座	<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、上記の口座情報の記入は不要です。)		

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日
		代理人(口座名義人)	住所 氏名	被保険者との関係()

申請内容	出産した方(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	出生児の氏名		
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日 続柄()	
	出産した年月日	令和 年 月 日	生産児数 人	死産児数 人	死産のとき(妊娠経過期間) か月 週
	出産した医療機関等	名称	所在地		
他の健康保険などに加入	出産日の前後6か月以内に他の健康保険などに加入していた(いる)場合 ▶ 別途、「健康保険等加入状況の申告」を添付してください。				

証明欄	▶ 医師・助産師による証明の場合					
	出産年月日	令和 年 月 日	生産児数	単胎・多胎() 児	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 か月 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。 医療機関の所在地・名称					
	令和 年 月 日 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。 市区町村長						
(印)						

マイナンバー記入欄 (被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

受付日付印

マイナンバーを記入した場合、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。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄