

1

2

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者(申請者)

記入例

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号がわからない場合マイナンバーを記入	
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	1 7 6 5	3 2 1	
	氏名	(フリガナ) シナガワ ハルオ	生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和 年 月 日 3 4 9
	住所	(〒 223 - 3445) 神奈川県 横浜市 ●●区 ▲▲	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (5432) XXXX 7-8-9

☐ 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	☐ 注)	← チェックはしないでください 現在、当組合では直接被保険者へお振込みしております。	
	金融機関 名称	▲ ▲ ▲ 銀行 金庫 信託 農協 協同 大井 本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)

▼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。

口座名義 (カタカナ)	シ ナ カ ヰ ワ ハ ル オ
----------------	-----------------

被保険者名義の口座情報をご記入ください。

次のページで詳細をご記入ください

「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

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名 品川 春夫

該当する番号を記入してください

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 品川 夏美	生年月日 ☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 ☐ 5 年 ☐ 7 月 ☐ 9 日
	2 出産した年月日	令和 ☐ 8 年 ☐ 9 月 ☐ 19 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 ☐ 人
	3・②・(1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 ☐ 週	
4 出産した医療機関等	名称 横浜●●産婦人科	所在地 神奈川県横浜市●●区	
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。		
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	2 1. はい 2. いいえ		

この欄は、上記で「1.はい」を選択した場合に記入します。

証明欄（いずれかに記入ください）	医師・助産師による証明の場合	
	出産者氏名	出産年月日 令和 ☐ 年 ☐ 月 ☐ 日
	出生児の数 ☐ 単胎 ☐ 多胎 ➡ () 児	生産または死産の別 ☐ 生産 ☐ 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	
	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。		市区町村長名

本人が「母子手帳」の（写し）を添付できない時は、証明欄に、医師等または自治体いづれかに記入（証明）を依頼してください。