

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書 記入例

被保険者情報	① 被保険者証	記号 54	番号 100
	② 氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	③ 生年月日 昭平令 59年7月1日
	④ 住所	〒 104 - 0042 東京 都道府県 中央区入船1-2-9 八丁堀MFビル6階	⑤ 電話番号 03 (5542) 8058 <small>※日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。</small>
	⑥ 事業所	名称 ○○信用保証協会 所在地 東京都○○区○○0-0-0	電話番号 03 (0000) 0000
			⑦ 提出委任 <input checked="" 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✓)

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申請内容	⑧ 出産した方(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	⑨ 出生児の氏名 健保 二郎
	⑩ 家族の場合はその方の氏名	健保 花子	生年月日 昭平令 59年7月1日 続柄(妻)
	⑪ 出産した年月日	令和 4年4月1日	⑫ 生産児数 1人 ⑬ 死産児数 0人 ⑭ 死産のとき(妊娠経過期間) か月 週
	⑮ 出産した医療機関等	名称 健康病院 所在地 東京都中央区入船△-△-△	
	⑯ 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。
添付書類	○直接支払制度に係る代理契約に関する文書のコピー ○「出産日」「出生児数」「代理受取額」の記載がある出産費用の明細書コピー(例:出産費用明細書、分娩費用明細書等) ○「産科医療保障制度加入機関」のスタンプが押されている領収書等のコピー(上記、出産費用の明細書等に押されている場合は不要)		

振込希望口座	金融機関名称	全国 銀行 金庫・信組 農協・その他() 支店・本店・出張所 其他()	預金種別 普通・当座・その他()
	口座名義(カタカナで記入)	ケンポ タロウ	口座番号 0 0 0 0 0 0 0 0 口座名義区分 被保険者・代理人

委任状	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()

証明欄	▶ 医師・助産師による証明の場合			
	出産年月日 平・令 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。 令和 年 月 日	医療機関の所在地・名称 医師・助産師の氏名	医師・助産師または市区町村長より必ず証明を受けてください。	
▶ 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	平・令 年 月 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	印		

マイナンバー記入欄(被保険者証の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