

健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金支給申請書

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号 または個人番号	-			被保険者資格取得日	平成	年	月	日	令和	年	月	日
	被保険者氏名	フリガナ			被保険者住所	〒							
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日				電話 ()							
	所属部署名及び電話	電話 ()											
	被扶養者の出産である場合はその者の氏名				被保険者と出産した者の続柄				出産の日	令和	年	月	日
	出生児の氏名	フリガナ			被保険者と出生児の続柄								
	出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない		出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由									
	以下の条件に当てはまる場合は右欄にご記入下さい。					被保険者名	() 健康保険協会						
	①資格喪失後6ヶ月以内に分娩したとき(現在加入の健康保険について)						() 国民健康保険						
	②被扶養者になってから6ヶ月以内に分娩したとき(以前加入していた健康保険について)						() 健康保険組合						
					電話番号								
					記号			番号					

※医師・助産師又は市区町村長どちらかの証明をとってください

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ	出産年月日	令和 年 月 日			生産又は死産の別	生産・死産(妊娠第 月又は第 週)						
	出生児の数	単胎・多胎(児)			備考							
	上記のとおり相違ないことを証明する。											
	令和 年 月 日											
	医療施設名の名称・所在地 〒 医師・助産師名 電話 ()											
筆頭者氏名												
出生届出日	令和 年 月 日	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。												
令和 年 月 日												
〒 市区町村長名												

※1ヶ月以内に給与口座を変更した方 } のみ支払金融機関をご記入下さい。

令和 年 月 日提出

支払金融機関	銀行	本店									
	信用金庫	支店									
	信用組合										
	支店番号	口座番号(右づめ)									
		普通・当座									
名義人(カナ)											

受付日付印

※原則として給与振込口座へのお振込みとなります。