

記入例

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 令和 | 年 | 月 | 日 | 被保険者資格喪失日 (喪失後の場合) | 平成 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 被保険者氏名 | フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎 | | | 被保険者住所 | | 〒 000-0000 〇〇県〇〇市1-2-3 〇〇マンション105号室 | | | | | |
| | 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | | 電話 | | 00 (1234) 5678 | | | | | |
| | 所属部署名及び電話 | 株式会社〇〇〇 〇〇店 〇〇課 | | | 電話 | | 00 (4321) 8765 | | | | | |
| | 被扶養者の出産である場合はその者の氏名 | 健保 花子 | | | 被保険者と出産した者の続柄 | 妻 | | 出産の日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 出生児の氏名 | フリガナ ケンボ ジロウ 健保 二郎 | | | 被保険者と出生児の続柄 | 次男 | | | | | | |
| | 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) 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) | | | | 電話番号 | | ※6ヶ月以内の取得・喪失の異動がある人は、記入してください | | | | | |
| | | | | | 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。 | | | | | |
| | 医療施設名の名称・所在地 〒 | | | 令和 年 月 日 | | |
| | 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
※資格を喪失した方

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 信用金庫 信用組合 | 本店 支店 |
| | 支店番号 | 口座番号(右づめ) |
| | 普通・当座 | |
| 名義人(フリガナ) | | |

口座は資格喪失後の申請の場合のみ、記入してください

受付日付印