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

被保険者等記号-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	ﾌﾘｶﾞﾅ　ケンポ　タロウ 健保　太郎	被保険者住所	〒 000-0000 ○○県○○市1-2-3 ○○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○○○　○○店　○○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04　日01		
出生児の氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ　ケンポ　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。

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）

保険者名	（　　）健康保険協会 （　　）国民健康保険 （　　）健康保険組合
電話番号	
記号	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

※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　（　）

※医師・助産師又はお住まいの市区町村の証明が必要です

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

受付日付印

支払金融機関

銀　行
信用金庫　　本店
信用組合　　支店

支店番号	普通・当座	口座番号（右づめ）

名義人（ﾌﾘｶﾞﾅ）

口座は資格喪失後の申請の場合のみ、記入してください

マルハン健康保険組合