

健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金支給申請書

*個人番号で申請する場合は、個人番号および本人確認するための添付書類が必要です。(マイナンバーカードもしくは通知カードのコピーと運転免許証のコピーもしくは住民票原本)

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	被保険者資格喪失日(喪失後の場合)	平成	年	月	日
	被保険者氏名と印	フガナ			被保険者住所	〒							
	生年月日	昭和・平成	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	平成	年	月	日
	出生児の氏名	フガナ			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	平成	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。												
	平成 年 月 日												
	医療施設名の名称・所在地 〒												
医師・助産師名 ⑨ 電話 ()													
筆頭者氏名													
出生届出日	平成	年	月	日	出生児氏名				出生年月日	平成	年	月	日
上記のとおり相違ないことを証明する。													
平成 年 月 日													
〒 市区町村長名 ⑨													

※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。

平成 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。