

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

*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	1 - 123△△	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	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎 (健保)	被保険者住所	〒 228-0000 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	〇〇	年	07	月	26	日	電話	00	(1234)	5678		
	所属部署名及び電話	株式会社 〇〇〇〇 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	平成	年	月	日	〇〇	04	01
	出生児の氏名	フリガナ 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。			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)			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									
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)			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。											
	医療施設名の名称・所在地 〒		*医師・助産師又はお住まいの市区町村の証明が必要です									
	医師・助産師名		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。												
市区町村長名		平成 年 月 日										

*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。

平成 年 月 日提出

支払金融機関	銀行 信用金庫 信用組合		本店
	支店番号	口座番号(右づめ)	支店
	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