

健康保険 出産育児一時金 支給申請書

被保険者 (本人)が記入するところ	被保険者記号・番号	記号	番号	事業所名称			
	被保険者氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	住 所	〒 -					
	TEL(日中の連絡先)	()					
	記号・番号に代えてマイナンバーで申請する場合は、被保険者のマイナンバーを記入してください。 マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認のための添付書類が必要となります。						
	出産した方の氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	出 産 日	令和	年	月	日	「生産」の場合 合出生人数	人
	出生児の氏名				「死産」の場合 合死産児数	人	「死産」の場合 合妊娠経過
	出産した医療機関等	名称					
	出産した方が被保険者で、退職後6ヶ月以内の出産の場合または出産した方が家族で、当組合に加入後6ヶ月以内の出産の場合ご記入ください。						
保 険 者 名 ※1				記号・番号			
同一の出産について上記の保険者より出産育児一時金を				1. 受けた/受ける予定 2. 受けない			
当健康保険の資格を喪失した方は、振込先口座ご記入ください。	銀行 金庫 農協			支店・出張所 支店・営業部	支店コード		
預金 種別	普通・当座	口座 番号		口座名義 (加付で記入)			

※1. 出産した方が被保険者の場合は、当組合脱退後に加入した現在の保険者（健康保険組合名）について、家族の場合は、当組合加入前に加入していた保険者（健康保険組合名）についてご記入ください。

医師・助産師記入欄	出 産 者 氏 名			出 産 年 月 日	令和	年	月	日
	出 生 児 の 数	☐ 単胎	(児)	生産または 死産の別	☐ 生産	死産 (妊娠 週)		
		☐ 多胎						
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日							
医療施設所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名 T E L								

医療機関等の領収・明細書コピー（産科医療補償制度の対象分娩である場合にはその旨を証する所定の押印のあるもの）を添付してください。

確認欄 (印をつけてください)	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
☒	①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

受付日付印

委任状	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	
	令和 年 月 日	
	被保険者氏名	_____
	代理人事業所名	_____
	" 氏名	_____

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

2021.04