

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・出産育児一時金付加金支給申請書

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	住所	〒			—			
	事業所名称	提出委任			電話番号 (日中の連絡先)	( )		

本申請書の提出を事業主へ依頼します。  
(事業主経由(依頼)する場合は)

振込先	金融機関名称	銀行・信金・信組 農協・漁協・信連・信漁連	金融機関・支店コード	—				
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 支所・本所	種別と口座番号	普通 当座				

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者 (申請者)	本申請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
		代理人 (口座名義人)	住所				

氏名  
氏名  
被保険者との関係 ( )

申請内容	出産した方 (どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	出生児の氏名								
	家族の場合は その方の	氏名	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	続柄 ( )				
	出産した年月日	平成 令和	年	月	日	生産児数	人	死産児数	人	死産のとき (妊娠経過期間)	か月	週
	出産した 医療機関等	名称	所在地									
	他の健康保険 などに加入	出産日の前後6か月以内に他の健康 保険などに加入していた(いる)場合			▶ 別途、「健康保険等加入状況の申告」を添付してください。							

証明欄 (をいずれか一方に証明 してください)	▶ 医師・助産師による証明の場合											
	出産年月日	平成 令和	年	月	日	生産児数	単胎・多胎 ( 児 )	生産又は 死産の別	生産・死産(妊娠 か月 週)			
	上記のとおり相違ないことを証明する。 医療機関の所在地・名称											
	令和 年 月 日 医師・助産師の氏名											
▶ 市区町村長による証明の場合(生産のみ)												
本籍							筆頭者 氏名					
母の氏名					出生児氏名			出生 年月日	平成 令和	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												
(印)												

マイナンバー記入欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄