

健康保険

被保険者
家 族

出産育児一時金支給申請書

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 番号		記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください						
		—								
	氏 名 (自署)	フリガナ -----			生年月日	昭・平・令 年 月 日				
	住 所 電話番号	(—)			電話番号： ()					
	事業所名称									
申請内容	出産した年月日	令 年 月 日		出生児の氏名						
	出生児の数	人		死産の場合	死産児数	妊娠経過期間				
					人	満 週				
	出産した医療機関等	名称			所在地					
	家族が出産した 場合はその方の	氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日				
	出 産 し た	●被保険者 ⇒ 退職後6ヶ月以内の出産ですか			□はい ・ □いいえ					
	方	●家 族 ⇒ 当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか								
	「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください			保険者名						
●被保険者 ⇒ 現在加入している保険者について			記号・番号							
●家 族 ⇒ 当組合加入前に加入していた保険者について										
この出産で、上記の保険者より出産育児一時金を				□受けた／受ける予定 ・ □受けない						
医師・助産師又は市区町村長の証明欄	出産年月日	令 年 月 日		出生児の数	単胎・多胎 (児)	生産または 死産の別	生産・死産 (妊娠 週)			
	上記のとおり相違ないことを証明します。			医療施設の所在地 医療施設の名称 令和 年 月 日 医師・助産師の氏名						
	本籍			筆頭者氏名						
	出生児氏名			出生年月日	令 年 月 日					
	上記のとおり相違ないことを証明します。			市区町村名 ⑩						
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・信組		預金種別	普通 ・ 当座					
		本店・支店・出張所		口座番号						
	口座名義 (カタカナ)	※上記被保険者と同じ名義の口座を記入してください。								
	公金受取口座	□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は上記の欄を記入してください) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。								

受付年月日