健康保険　被保険者 家族　出産育児一時金　支給申請書

被保険者記入用

加入者が出産し、医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用していない場合の出産費用の補助を受ける場合にご使用ください。

被保険者情報			
記号・番号	記号（左づめ）　番号（左づめ）	生年月日	
氏名（カタカナ）	姓と名の間は1マス空けてください。濁点（゛）は1字としてご記入ください。		
氏名（漢字）	※申請者はお勤めされている（いた）被保険者です。 被保険者がお亡くなりになっている場合は、相続人より申請ください。		
郵便番号（ハイフン除く）		電話番号（ハイフン除く）	
住所	都道府県		

振込先指定口座			
振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座を指定ください。			
金融機関名称	銀行　金庫　信組　農協　漁協	支店名	本店　支店　代理店　出張所　本店営業部　営業部　本所　支所
預金種別	1　普通預金	口座番号（左づめ）	

ゆうちょ銀行の口座へのお振込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号（7桁）をご記入ください。

「被保険者・医師・市区町村長記入用」は2ページ目に続きます

被保険者の記号・番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
（記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。）

社会保険労務士の提出代行者記入欄	

以下は、健保使用欄のため、記入しないでください。

添付書類				
	出産証明書	1.添付 2.不備	合意文章等	1.添付 2.不備
	戸籍（法定代理）	1.添付	口座証明	1.添付

受付日付印

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・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名	

申請内容

出産者	□ 1.被保険者　2.家族（被扶養者）
出産者の氏名（カタカナ）	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ 姓と名の間は1マス空けてください。濁点(゛)は1字としてご記入ください。
出産者の生年月日	□ 1.昭和 2.平成 3.令和　□□年 □□月 □□日
出産年月日	令和 □□年 □□月 □□日
出産した国	□ 1.日本　2.海外 → 国名（　　）
出生児数	□人　／　死産児数 □人
同一の出産について、健康保険や国民健康保険から出産育児一時金を受給していますか	□ 1.受給した　2.受給していない

※医師・助産師、市区町村長のいずれかより証明を受けてください。

医師・助産師による証明

出産者の氏名（カタカナ）	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ 姓と名の間は1マス空けてください。濁点(゛)は1字としてご記入ください。				
出産年月日	令和 □□年 □□月 □□日				
出生児数	□人	死産児数	□人	死産の場合の妊娠日数	□□□日

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　　令和 □□年 □□月 □□日

医療施設の名称

医師・助産師の氏名

電話番号

市区町村長による証明（生産の場合のみ）

本籍		筆頭者氏名	
母の氏名（カタカナ）	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ 姓と名の間は1マス空けてください。濁点(゛)は1字としてご記入ください。		
母の氏名			
出生児数	□人	生年月日	令和 □□年 □□月 □□日
出生児氏名			

上記のとおり相違ないことを証明します。

市区町村長名　　印　　令和 □□年 □□月 □□日