

組合記入欄	常務理事	事務長	部長	課長	係長	係	資格取得日	平・令	年	月	日						
							資格喪失日	令和	年	月	日						
							同年月日	令和	年	月	日						
	健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金 支給申請書			支給額	百万	拾万	万	千	百	拾	円	法定					
												付加					

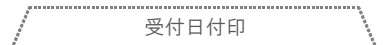
【ご注意ください】

- ① 文字が消えるボールペン(フリクションペン)や修正液・テープを使用した届出申請は受付できません。
 ② 訂正がある場合は、記入者が二重線で抹消し正しい内容と記入者の氏名(サイン)を記入してください。
 ※ 記入する際は、必ず記入例を参考に記入してください。

被保険者情報	被保険者等	記号	番号	生年月日	昭・平	年	月	日				
	氏名	(フリガナ)		携帯電話番号								
				自宅電話番号								
	住所	〒	-	都・道 府・県								
事業所名称												
振込先	金融機関名称	銀行・信金・信組 農協・その他()		預金種別	普通・当座・その他()							
		支店・本店・出張所 その他()		口座番号								
	口座名義 (カタカナで記入)											
委任状	口座名義が代理人 の場合に記入してく 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									
申請内容	出産した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	氏名	生年月日	昭・平	年	月	日				
	出産年月日	令和	年	月	日	生産児数	人	死産児数	人	死産の場合 (妊娠経過期間)	ヶ月	週
	出産した 医療機関等	名称	所在地									
	他の健康保険等に 加入している場合	出産日の前後6か月以内他の 健康保険等に加入していた(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	▶ 医師・助産師による証明の場合											
	出産年月日	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)			
	上記の通り相違ないことを証明する。											
	令和	年	月	日	医療機関所在地							
	医療機関所名称											
	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			出生児の氏名			出生年月日 令和 年 月 日						
上記の通り相違ないことを証明する。												
令和	年	月	日	市区町村長								
印												

マイナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

受付日付印



社会保険労務士の
提出代行者名記載欄