

組合記入欄	<p>こちらは記入例です。 実際に申請書に記入する際は、黒色または青色の消えないボールペンを使用の上 記入例に沿って記入してください。</p>												
	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	〇〇	番号	〇〇〇〇	生年月日	昭平	〇	年	〇	月	〇	日
	氏名	(フリガナ)	ガイシヨク ハナコ				携帯電話番号	□□□-□□□□-□□□□					
			外食 花子				自宅電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇					
	住所	〒	〇〇〇	-	〇〇〇〇	東京	都・道 府・県	港区 〇〇〇〇					
事業所名称	株式会社 〇△□												

振込先	金融機関名称	〇〇	銀行・信金・信組 農協・その他()	預金種別	
	口座名義 (カタカナで記入)	〇〇	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
<p>※ゆうちょ銀行の場合※ 【支店名】は必ず【一二六】等の漢数字の支店名を記入してください。</p>					
<p>ガイシヨク ハナコ</p>					

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)	※本人口座への振込の場合は記入しないでください※		
		代理人(口座名義人)			

申請内容	出産した方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	氏名	※家族(被扶養者)が申請するときのみ記入してください※														
	出産年月日	令和	〇	年	〇	月	〇	日	生産児数	1	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	健保 総合病院		所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都港区〇〇 〇-〇〇-〇〇												
他の健康保険等に加入している場合		出産日の前後6か月以内の健康保険等に加入している(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	<p>記入が漏れていた場合、書類を返戻する可能性があるため必ず記入してください。 全ての記入欄を埋めてください。 医師・助産師または市区町村長の証明を受け、 ①領収書(写) ②直接支払制度を利用していない旨の合意文書(写) 上記2点の添付書類をつけ申請してください。 (提出後、追加書類を求める場合もあります。ご了承ください。)</p>												
	上令													
上令														

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