

組合記入欄	<p>こちらは記入例です。</p> <p>実際に申請書に記入する際は、黒色又は青色の消えないボールペンを使用の上</p> <p>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	被保険者証	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	普通	口座番号	〇〇
	口座名義 (カタカナで記入)	ガイシヨク ハナコ					

※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。

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)	<p>※本人口座への振込の場合は記入しないでください※</p>									
		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	<p>※家族(被扶養者)が申請するときのみ記入してください※</p>														
	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	〒000-0000 東京都港区〇〇 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か月以内他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	<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。</p> <p>全ての記入欄を埋めてください。</p> <p>医師・助産師又は市区町村長の証明を受け、</p> <p>①領収書(写)</p> <p>②直接支払制度を利用していない旨の合意文書(写)</p> <p>上記2点の添付書類をつけ申請してください。</p> <p>(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(被保険者証の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