

1

2

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（申請者）記入用

出産育児一時金付加金

被保険者（申請者）情報	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	
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)			
	氏名	(フリガナ)	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)				

委任状	☒ 事業主 委任払いを利用する。(利用する場合は ☒ のうえ、下記の欄を記入。)			
	被保険者 氏名	印 ※被保険者本人が署名した場合は押印は不要です。		
	代理人	事業主	住所	(〒 -)
事業主 代表者名	印			

振込先 指定口座	☐ 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 ☒ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。			
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 出張所 その他 () 本所 支所		
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(°)は1字としてご記入ください。			

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

支給決定額		円	受付日付印
回覧印	常務理事	事務長	
内訳		一時金	円
		付加金	10,000円

サノヤス健康保険組合

1/2

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

申請内容

1 出産した者

☐

1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）

1 - ①

家族の場合はその方の

氏名

生年月日

☐ 昭和
☐ 平成
☐ 令和

年

月

日

2 出産した年月日

令和

年

月

日

3 生産または死産の別

☐

1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3 - ①

「生産」の場合出生人数

☐ 人

3 - ②

「死産」の場合死産児数

☐ 人

3 - ② - (1)

「死産」の場合妊娠経過期間

満

週

4 出産した医療機関等

名称

所在地

5 出産した方

●被保険者 ⇒ 退職後6ヶ月以内の出産ですか。

●家 族 ⇒ 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。

☐

1. はい 2. いいえ

5 - ①

「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。

●被保険者 ⇒ 現在加入している保険者について

●家 族 ⇒ 当組合加入前に加入していた保険者について

保険者名

記号・番号

5 - ① - (1)

同一の出産について、5 - ①の保険者より出産育児一時金を

☐

1. 受けた／受ける予定 2. 受けない

証明欄（いずれかにご記入ください）

医師・助産師による
証明の場合

出産者氏名

出産年月日

令和

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する。

令和 年 月 日

医療施設の所在地

医療施設の名称

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
氏名出生
年月日

令和

年

月

日

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

市区町村長名

印