

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

記入例

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)	1 1	1 1 1 1			
	氏名	(フリガナ) サノ タロウ	生年月日			
	佐野 太郎	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和				
	住所	(〒 559 - 0011) 大阪	年 月 日 5 7 0 1 0 1			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 06 (6655) 0551	大阪市住之江区北加賀屋5-2-7				
☒ 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	佐野 太郎				印
	代理人	事業主	住所	(〒 530 - 6109)	大阪市北区中之島3-3-23	
	事業主 代表者名	サノヤスホールディングス株式会社 代表取締役社長 ○○ ○○○				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 農協 漁協 その他 ()				本店 支店 出張所 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	担 当

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

佐野 太郎

申請内容

1 出産した者

2

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

佐野 花子

生年月日

☐ 昭和
☒ 平成
☐ 令和

0

4

年

0

1

月

3

1

日

2 出産した年月日

令和

0

6

年

1

0

月

0

1

日

3 生産または死産の別

1

1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3 - ①

「生産」の場合出生人数

1

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

佐野医院

所在地

大阪市北区中之島3-3-3

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。

2

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

※この証明欄は、医療機関（医師）または市町村で記入してもらってください。