

支給決定 並びに支出伺	常務理事	事務長	担当	支給決定額	円

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)情報	被保険者証の記号	番号	生年月日
	氏名・印	(フリガナ)	部・支店・工場 課
	自宅住所	(〒 -)	都道 府県
	TEL	()	

申請内容	1 出産した者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	2 出産年月日	令和 年 月 日
	1-① 家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産(妊娠 ヶ月)	4 出生児の氏名	
	5 出産した医療機関等	名称	所在地	

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	出生年月日	令和 年 月 日	
		出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 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			

証明の場合(生産のみ)	市区町村長による証明の場合	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			

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号	※左づめでご記入ください。 ※ゆうちょ銀行は不可です。
	口座名義	▼カタカナでご記入ください。	口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者(被保険者) <input type="checkbox"/> 2. 代理人

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記 の代理人に委任します。 令和 年 月 日	印
	代理人(口座名義人)	(〒 -) TEL () 住所 (フリガナ) 氏名・印	委任者と代理人との関係

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。※【注意】マイナンバーを記載した場合は個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

受付日付印