

健康保険 被保険者  
家 族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者記入用

常務理事	事務長	担当者
記入例		

【提出先】 東リ健康保険組合

被保険者情報	被保険者証の	記号	1234	番号	5678	事業所・所属部署	〇〇株式会社〇〇営業所					
	氏名	健保 太郎				生年月日	1985	年	12	月	1	日
	住所	(〒 111 - 1111 ) 〇〇県〇〇市〇〇町2-15-6										
	電話番号 (日中の連絡先)	012	(	234	)	5678						

振込先	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	〇〇〇				銀行	〇〇〇				支店
	預金種別	普通	口座番号	0 1 2 3 4 5 6			右づめでご記入ください				
	口座名義 (被保険者)	ケンポ タロウ					カタカナでご記入ください				

**被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です**

記号番号ではなくマイナンバーでの申請をご希望の方は余白に記入してください。

マイナンバーを記入した場合、「個人番号カードの写し(両面)」または「個人番号通知カードまたは個人番号が付記された住民票」と「本人を確認できる書類(運転免許証またはパスポート等)の写し」の添付が必要となります。

2ページに続きます &gt;&gt;&gt;

健保使用欄	資格取得年月日	年	月	日	資格喪失年月日	年	月	日
	支払年月日	年	月	日	支給額	円		
	支給内訳	出産育児一時金					円	
		出産育児一時金付加金					円	
備考								

受付印

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者) →	氏名	健保 恵		
			生年月日	1987	年	6 月 10 日
	2 出産した年月日	2023 年 3 月 18 日				
	3 生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 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	3-③ 「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	〇〇産婦人科			
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町5-1-28				
5 出産した方	●被保険者 → 退職後6か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？		<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
5-① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』	●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	〇〇健康保険組合		
			記号・番号	112-55678		
5-② 同一の出産について、6-①の保険者より出産育児一時金を			<input type="checkbox"/> 受けた / 受ける予定 <input checked="" type="checkbox"/> 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	出産者氏名	健保 恵	出産年月日	2023 年 3 月 18 日		
	出生児の数	<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 児 )	生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週)		
	医療施設の所在地		〇〇県〇〇市〇〇町5-1-28			
	上記のとおり相違ないことを証明する。 2023 年 3 月 18 日		医療施設の名称		〇〇産婦人科	
	医師・助産師の氏名		〇〇 〇〇			

市区町村長による(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	年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。		市区町村長名		年 月 日	