

健康保険

被保険者 出産育児一時金
家族 出産育児一時金付加金

支給申請書

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報	1 被保険者証	記号 1 2 3	番号 4 5 6 7	生年月日 昭和 平成	6 1 年 1 0 月 0 1 日	
	2 氏名	(フリガナ) キョウト タロウ 京都 太郎				
	住所	〒 6 1 2 - 8 4 1 8 京都市伏見区竹田向代町51-5				
	電話番号	日中の連絡先	TEL	0 7 5 - 6 7 2 - 5 3 8 1	携帯	勤務先

事業主に委任する場合は振込先指定口座の記入は不要です。

3 振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協	支店 代理店 出張所 本店 支所	
	預金種別	普通 当座	口座番号	
	口座名義	▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください）		口座名義の区分 申請者 代理人

「代理人」の場合は必ずご記入ください。

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 3 年 5 月 27 日
	代理人（口座名義人）	氏名 京都 太郎 住所 京都市伏見区竹田向代町51-5 (フリガナ) キョウト ハナコ 氏名 京都 花子	住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ 委任者と代理人との関係 事業主

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

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。
(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

4 備考欄	
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	

(R1.11)

組合使用欄	支給決定伺	資格取得	昭和 平成 令和	年	月	日	法定給付	拾万	万	千	百	拾	円	
常務	課長	課長 補佐	担当	資格喪失	平成	年	月	日	付加給付	万	千	百	拾	円
				扶養認定	平成	年	月	日						
				出産予定	令和	年	月	日						
				出産	令和	年	月	日						

健康保険 被保険者 出産育児一時金
 家族 出産育児一時金付加金

支給申請書

申請者・医師・市町村長記入用

被保険者氏名	京都 太郎
--------	-------

申請内容	1 出産した者	<input type="radio"/> 被保険者 <input checked="" type="radio"/> 家族（被扶養者）	
	1-1 家族の場合はその方	氏名	生年月日
		京都 花子	昭和 6 1 年 1 2 月 0 1 日 平成
	2 出産した年月日	令和 0 3 年 0 5 月 2 1 日	
	3 生産または死産の別	<input checked="" type="radio"/> 生産 <input type="radio"/> 死産 <input type="radio"/> 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
			3-②-1 「死産」の場合 妊娠経過期間
		5	満 週
6	4 出生児の氏名	京都 一	
	5 出産した医療機関等	名称	所在地
		△△総合病院	京都市〇〇区〇〇1-1
	6 出産した方	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
	● 被保険者 → 退職後6か月以内の出産ですか。 ● 家族 → 当健康保険組合に加入後6か月以内の出産ですか。		
	6-① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。	保険者名	□□健康保険組合
	● 被保険者 → 現在加入している保険者について ● 家族 → 当健康保険組合加入前に加入していた保険者について	記号・番号	123-1234
	6-①-1 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="radio"/> 受けた/受ける予定 <input checked="" type="radio"/> 受けない	

7 証明欄（いずれかにご記入ください）	医師・助産師の場合による	出産者氏名	京都 花子	出産年月日	令和 0 3 年 0 5 月 2 1 日
		出生児の数	<input checked="" type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 双胎 → (児)	生産または死産の別	<input checked="" type="radio"/> 生産 <input type="radio"/> 死産 → (妊娠 週)
		上記のとおり相違ないことを証明する。	医療施設の所在地	京都市〇〇区〇〇1-1	
		令和 3 年 5 月 27 日	医療施設の名称	△△総合病院	
			医師・助産師の氏名	●●●●	
市区町村長（生産の場合）による	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。		市区町村長名		
	令和 年 月 日				