

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏名	(フリガナ) (押印不要)		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒 —		電話番号 (日中の連絡先)	()
				提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

ご被 保 険 者 の 情 報 を	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)	口座名義区分 ☐ 被保険者(申請者) ☐ 代理人		
	※当健保は事業所経由でのお支払いをしておりますので、在職中の方に関しましては記入不要です。(任意継続・資格喪失された方のみご記入ください)			

委任状	口座名義が代理 人の場合にご記 入ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 氏名 印
		代理人 (口座名義人)	事業所住所
			事業所名

申 請 内 容	出産した方 (どちらかに✓)	☐ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)											
	家族の場合は その方の	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄()					
	出産した年月日	平・令	年	月	日	生産児数	人	死産児数	人	死産のとき (妊娠経過期間)	か月	週	
	出産した 医療機関等	名称	所在地										
	他の健康保険 などに加入	出産日の前後6か月以内に他の健康 保険などに加入していた(いる)場合 ▶ 別途、「健康保険等加入状況の申告」を添付してください。											

証 明 欄	▶ 医師・助産師による証明の場合												
	出産年月日	平・令	年	月	日	生産児数	単胎・多胎(児)	生産又は 死産の別	生産・死産(妊娠 か月 週)				
	上記のとおり相違ないことを証明する。 医療機関の所在地・名称 令和 年 月 日 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	平・令	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 印													

マイナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、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。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

【添付書類】①医療機関等と交わさなかった直接支払制度合意文書の写し ②領収書・明細書
の写し

関東信用組合連合健康保険組合

受付日付印