

## 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

1 2  
被保険者(申請者)記入用

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	211	125	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	581212	
	氏名・印	(フリガナ) トミジ ヨシコ 富自良子				
住所	(〒 930 - 0992 ) 富山 都道府県 富山市新庄町123					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 076 (424) 3328					

振込先指定口座	金融機関 名称	富山第一 (銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ( )) 荏原 (本店 支店 出張所 本所 支所)	
	預金種別	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 0123444
	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。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) トミジヨシコ	

左づめでご記入ください。

口座名義の区分 1. 申請者  
2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

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。		平成	年	月	日
	氏名・印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ					
	代理人 (口座名義人)	(〒 - ) TEL ( )	委任者と 代理人との 関係				

住所 (フリガナ) 氏名・印

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)	
--	--

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

(28.8)

受付日付印

# 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

1

2

被保険者氏名

富自良子

申請内容	1 出産した者	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族（被扶養者）		
	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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	2 出産した年月日	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
	3 生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産 <input type="checkbox"/> 3. 生産・死産混在		
	3-① 「生産」の場合出生人数	<input type="text"/> 人	3-② 「死産」の場合死産児数 <input type="text"/> 人	3-②-(1) 「死産」の場合妊娠経過期間 満 <input type="text"/> 週
	4 出生児の氏名	富自雪子		
5 出産した医療機関等	名称	所在地		
		〇△□×産婦人科医院    富山市草島1111		
6 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。		<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
6-① 「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	
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="checkbox"/> 1. 受けた/受ける予定 <input type="checkbox"/> 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	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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。 平成    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	印
	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 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 平成    年    月    日		市区町村長名	印