

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金支給申請書（全額支払）

被保険者（申請者）情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号				
	氏名 (フリガナ)			生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
住所 (〒 -)			電話番号 (日中の連絡先)	()	

申請内容	1 出産した者	1. 被保険者 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	昭和 平成 令和 年 月 日		
	2 出産した年月日	令和 年 月 日					
	3 生産または 死産の別	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在	3 - ① 「生産」の場合 合出生人数 人	3 - ② 「死産」の場合 合死産児数 人	3 - ② - (1) 「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		所在地			
	5 出産した方が被保険者で 当組合資格喪失後6か月以内の出産である場合、 現在加入している保険者について	保険者名		記号・番号		5 - ② 左記の保険者 より出産育児 一時金を	1. 受けた 2. 受ける予定 3. 受けない
6 出産した方が被扶養者で 当組合加入後6か月以内の出産である場合、 以前加入していた保険者について	保険者名		記号・番号		6 - ② 左記の保険者 より出産育児 一時金を	1. 受けた 2. 受ける予定 3. 受けない	

振込先指定口座	<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	銀行 金庫	本店 支店 出張所	預金種別 普通・当座・その他
	口座番号		口座名義 (カタカナ)	

証明欄 (いずれかに「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 令和 年 月 日	出生児 の数	1. 単胎 2. 多胎 (児)	生産または 死産の別	1. 生産 2. 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				
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				
	上記のとおり相違ないことを証明する。		市区町村長名		印		
令和 年 月 日							