

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



記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (左づめ)			<input type="checkbox"/>	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	
	氏名 (フリガナ)				
住所	〒				都 道 府 県	
電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く	TEL					

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	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。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	
			口座名義 の区分
			<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

受取代理人の欄	被保険者	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。	年	月	日
	氏名		<input type="checkbox"/>	1. 平成 2. 令和	
	住所	住所 「被保険者情報」の住所と同じ			
	代理人 (口座名義人)	〒	TEL(ハイフン除く)		
	住所				被保険者との 関係
	氏名 (フリガナ)			

被保険者のマイナンバー記載欄
被保険者証の記号番号が不明の場合にご記入ください。
記入した場合は、本人確認書類及び貼付台紙の添付が必要となります。
(詳細は「記入の手引き」をご覧ください。)

「被保険者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	様式番号	協会使用欄
-----------------------	------	-------

6 2 1 1 6 8

1

受付日付印

被保険者氏名

申請内容	① 出産した者	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1.昭和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	② 出産した年月日	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	③ 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在	
	③-① 「生産」の場合 出生児数	<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 妊娠からの 週数及び日数	満 <input type="text"/> 週 (<input type="text"/>)日	
④ 出生児の氏名			
⑤ 出産した医療機関等	名称	所在地	
⑥ 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 → 協会けんぽに加入後6か月以内の出産ですか。		<input type="checkbox"/> 1. はい 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 → 協会けんぽ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 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	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
		出生児の数	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1.生産 <input type="checkbox"/> 2.死産 → 満 <input type="text"/> 週 (<input type="text"/>)日
		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
		<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	医療施設の名称	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	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和 <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。		市区町村長名	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日

様式番号

6 2 1 2 6 7