

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 請求書 付加金 差額

1

2

被保険者（申請者）記入用

被保険者（申請者）情報	記号	番号	生年月日	年	月	日				
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	1 2 5 0	0 0 0 0 0 1	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	6	0	0	8	0	2
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ								
	住所	(〒 350 - 0001)		埼玉県 川越市〇〇1-1-1						
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (0001) 0001		都道府県 埼玉県						
☒ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は□にレ)										

振込先指定口座	金融機関 名称	健康信用		銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他()	健康	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	1 2 3 4 5 6	左づめでご記入ください。	
	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。) ケンポ タロウ				口座名義 の区分

「2」の場合は必ず記入ください。

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 年 月 日
		氏名		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		

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

常務理事	事務長	係長	担当者

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者 出産育児一時金 請求書
家 族 付加金 差額

1

2

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

健保 太郎

申請内容

1 出産した者	2	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	健保 花子	生年月日 ☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 5 9 年 0 5 月 1 0 日
2 出産した年月日	令和 0 1 年 0 5 月 0 2 日		
3 生産または死産の別	1	1. 生産 2. 死産 3. 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	人 3-②-(1) 「死産」の場合妊娠経過期間 満 週
4 出生児の氏名	健保 健一		
5 出産した医療機関等	名称	川越病院	所在地 埼玉県川越市□□1100
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。		2 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。	保険者名		
●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	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			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	健保 花子	出産年月日	令和 0 1 年 0 5 月 0 2 日
	出生児の数	☒ 単胎 ☐ 多胎 ☐ (児)	生産または死産の別	☒ 生産 ☐ 死産 ☐ (妊娠 週)
市区町村長による 証明の場合（生産のみ）	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 1 年 5 月 20 日		医療施設の所在地 埼玉県川越市□□1100 医療施設の名称 川越病院 医師・助産師の氏名 川越 月子	
	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。 令和 年 月 日		市区町村長名 		