

支		円
支	糸	円
医療機	関守又仏館	円

被保険者(申請者)記入用

被保険者（申請者）情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	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 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○			
	氏名	(フリガナ) オオサキ ケンタロウ 大崎 健太郎		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
	住所	(〒 141 - 8647) 東京		都 道 府 県	品川区○○○ 1-○○-○○		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (3448) 728×		○○マンション 707			
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)							

☐ 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☑ 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。

振込先指定口座	金融機関 名称
預金種別	
口座名義 (カタカナ)	
社員の方は記入不要です 任意継続の方は必ずご記入下さい	

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

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

1 2 (申請者・医師・市区町村長記入用)

被保険者氏名

大崎 健太郎

1～5まですべて記入

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」の場合出生人数

☐

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 出産した医療機関等

名称

所在地

5 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。

☐

1. はい 2. いいえ

5-①

「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

5-①-(1)

同一の出産について、5-①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

出産年月日

令和 年 月 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)

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 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

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

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

印

出産証明書のコピー添付でも可