

船員保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書



被保険者(申請者)記入用

被 保 険 者 (申 請 者) 欄	①	被保険者証の記号および番号(左づめ)											
	②	被保険者の氏名・印(申請者)	(フリガナ)										
	③	生年月日	昭和 平成	年	月	日	自署の場合は押印を省略できます。						
	④	住所	郵便番号	-	電話番号(日中の連絡先)	()							
			都 道 府 県										

⑤ 振 込 希 望 口 座	金融機関名称	銀行 信金 労金 信漁連 農協 漁協 その他()										
	預金種別	普通 当座 その他()	本店(本所) 出張所 代理店 支店(支所) ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。									
	口座番号	口座名義	カタカナでご記入ください。									

②の名義以外の口座に振込を希望される場合のみご記入ください。(この欄の押印は省略できません。)

⑥ 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。									
	代理人(口座名義人)	氏名	(フリガナ)	住所	令和 年 月 日	住所 「被保険者欄④」の住所と同じ					
	住所	氏名	電話番号(日中の連絡先)	()							

被保険者証の記号番号を記入した場合は 記入不要 です。記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

被保険者のマイナンバー記入欄

R2.4

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

印

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部

船員保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者(申請者)・医師・市区町村長記入用

申請内容	⑦	出産した者 <small>※被保険者の場合⑦の記入は不要です。</small>	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	⑧	出産した年月日	平成 令和	年	月	日			
	⑨	生産または死産の別	生産 死産 生産・死産混在	[生産]の場合 出生児数	[死産]の場合 死産児数	[死産]の場合 妊娠からの週数及び日数	人	人	満 週 (日)
	⑩	出生児の氏名							
	⑪	出産した医療機関等	名称	所在地					
	⑫	被保険者が出産の場合 退職後6か月以内の出産ですか。 または 家族(被扶養者)が 出産の場合 船員保険に加入後6か月以内 の出産ですか。	<input type="checkbox"/> はい → <small>[はい]の場合は「保険者名」と「記号・番号」をご記入ください。</small> <input type="checkbox"/> いいえ	保険者名 記号・番号	同一の出産について、左記の保険者より 出産育児一時金を受けましたか。 <input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定 <input type="checkbox"/> 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 出生児の数 単胎 多胎(児)	出産年月日 生産または死産の別 生産 死産 → 満 週(日)	平成 令和	年	月	日				
	上記のとおり相違ないことを証明します。							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							印	電話番号	()	
	市区町村長による証明の場合 (生産のみ)	本籍 母の氏名	出生児氏名	筆頭者氏名 出生年月日	平成 令和	年	月	日			
	上記のとおり相違ないことを証明します。							令和	年	月	日
市区町村長名							印				