

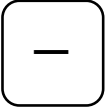


船員保険

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(申請者)	(フリガナ)									
	③	生年月日	{昭和/平成}	年	月	日						
	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}	{本店(本所)/出張所/代理店/支店(支所)}
	預金種別	{普通/当座/その他}	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。



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。		令和 年 月 日
		氏名	住所	「被保険者欄④」の住所と同じ
	代理人(口座名義人)	氏名	(フリガナ)	被保険者との関係
		住所	(郵便番号 -)	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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

R4.6

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

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 ※被保険者の場合⑦の記入は不要です。	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	⑧	出産した年月日	令和	年 月 日		
	⑨	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在	「生産」の場合 出生児数 人	「死産」の場合 死産児数 人	「死産」の場合 妊娠からの週数及び日数 満 週 (日)
	⑩	出産した医療機関等	名称	所在地		
	⑪	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 「はい」の場合は 「保険者名」と 「記号・番号」を ご記入ください。 <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	出産年月日	令和 年 月 日
		出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)	生産または死産の別 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → 満 週 (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
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します。 令和 年 月 日			市区町村長名 印