



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 受付から支給決定まで、2週間程度かかります。

被 保 険 者 (申 請 者) 欄	①	記 号 ・ 番 号 (左 づ め)																
	②	個 人 番 号 (マ イ ナ ン バ ー)	記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要です。)															
	③	被 保 険 者 の 氏 名 (申 請 者)	(フリガナ)															
	④	生 年 月 日	昭和 平成 令和															
	⑤	住 所	郵便番号 電話番号 (日中の連絡先) 都 道 府 県															

⑥ 振 込 希 望 口 座	公金受取口座の 利用について		☐ 1. 希望する ☐ 2. 希望しない		「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は不要です。															
	公金受取口座の利用について「2. 希望しない」を選択された場合は、以下振込先情報をご記入ください。																			
	金融機関名称		銀行 信金 労金 信漁連 農協 漁協 その他 () ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。																	
	預金種別		普通 当座 カタカナでご記入ください。																	
口座番号		口座名義																		

⑦ 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															
	代理人 (口座名義人)		氏名 (フリガナ) 住所 「被保険者欄⑤」の住所と同じ															
	氏名		被保険者との 関係															
	住所		郵便番号 電話番号 (日中の連絡先)															

社会保険労務士の提出代行者名記入欄																R8.1
																受 付 日 付 印



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	⑧	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
	⑨	出産した年月日	令和		年		月		日	
	⑩	出産または死産の別	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)			
	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。	☐ 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。 ☐ いいえ	保険者名		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。					
				記号・番号		☐ 受けた/受ける予定 ☐ 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 → 満 週(日)					
		上記のとおり相違ないことを証明します。								
	医療機関の所在地		令和 年 月 日							
	医療機関の名称									
	医師・助産師の氏名		電話番号		()					
	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			出生年月日	令和	年	月	日	
		出生児氏名			出生児数	人				
		上記のとおり相違ないことを証明します。								
市区町村長名		印		令和 年 月 日						