

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者記入用



記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報	被保険者証の (左づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 1.昭和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.令和			
	住所	〒	都 道 府 県	自署の場合は押印を省略できます。			
	電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く	TEL					

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 <input type="checkbox"/> 2.当座 4.通知	口座番号
	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。)	
	口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1.被保険者 <input type="checkbox"/> 2.代理人	

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者	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。		年	月	日
	代理人 (口座名義人)	〒	TEL(ハイフン除く)	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和		
	住所	(フリガナ)		住所 「被保険者情報」の住所と同じ		
	氏名・印			被保険者との関係		

「被保険者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)
マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

▶

受付日付印

(2019.5)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

様式番号

協会使用欄

6 2 1 1 6 8

1

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

申請内容

① 出産した者	<input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 2. 平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 3. 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
② 出産した年月日	<input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 2. 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
③ 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在
③-① 「生産」の場合 出生児数	<input type="checkbox"/> 人
③-② 「死産」の場合 死産児数	<input type="checkbox"/> 人
③-②-① 「死産」の場合 妊娠からの 週数及び日数	満 <input type="checkbox"/> 週 (<input type="checkbox"/>)日
④ 出生児の氏名	<input type="text"/>
⑤ 出産した医療機関等	名称 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/>
⑥ 出産した方	● 被保険者 → 退職後6か月以内の出産ですか。 ● 家族 → 協会けんぽに加入後6か月以内の出産ですか。 <input type="checkbox"/> 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。 ● 被保険者 → 現在加入している保険者について ● 家族 → 協会けんぽ加入前に加入していた保険者について
⑥-①-①	保険者名 <input type="text"/>
⑥-①-②	記号・番号 <input type="text"/>
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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/>	出産年月日 <input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 2. 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
	出生児の数 <input type="checkbox"/> 1. 単胎 <input type="checkbox"/> 児 2. 多胎 <input type="checkbox"/> 児	生産または死産の別 <input type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 週 2. 死産 <input type="checkbox"/> 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 医療施設の所在地 <input type="text"/> 医療施設の名称 <input type="text"/> 医師・助産師の氏名 <input type="text"/>	
市区町村長による 証明の場合(生産のみ)	本籍 <input type="text"/>	筆頭者氏名 <input type="text"/>
	母の氏名 <input type="text"/>	出生児氏名 <input type="text"/>
	上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長名 <input type="text"/>	

様式番号

6 2 1 2 6 7