

# 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

1

2

ページ

被保険者記入用

加入者が出産し、医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用していない場合の出産費用の補助を受ける場合にご使用ください。  
なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者(申請者)情報	被保険者証	記号(左づめ) <input type="text"/>	番号(左づめ) <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 1. 昭和 2. 平成 3. 令和	
	氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>			
	氏名	<input type="text"/>			※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。 被保険者がお亡くなりになっている場合は、 相続人よりご申請ください。
	郵便番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/>	電話番号 (左づめハイフン除く)	<input type="text"/>	
	住所	都 道 府 県			

振込先指定口座	振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。			
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	支店名	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>	

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。  
ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

「被保険者・医師・市区町村長記入用」は2ページ目に続きます。▶▶▶

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。  
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の  
提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/>	1. 記入有(添付あり) 2. 記入有(添付なし) 3. 記入無(添付あり)			
添付書類	出産 証明書	<input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備	合意文書等	<input type="checkbox"/> 1. 添付 2. 不備	
	戸籍 (法定代理)	<input type="checkbox"/> 1. 添付	口座証明	<input type="checkbox"/> 1. 添付	
産科医療 補償制度	<input type="checkbox"/>	1. 該当 2. 非該当			
6 2 1 1 1 1 0 1		その他	<input type="checkbox"/> 1. その他 (理由)	枚数	<input type="text"/>

受付日付印

(2022.12)

# 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	①-1 出産者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	
	①-2 出産者の氏名(カタカナ)	<input type="text"/>	
	①-3 出産者の生年月日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和	
	② 出産年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	③ 出産した国	<input type="checkbox"/> 1. 日本 <input type="checkbox"/> 2. 海外 → 国名 ( )	
④-1 出生児数	<input type="text"/> 人	④-2 死産児数	<input type="text"/> 人
⑤ 同一の出産について、健康保険組合や国民健康保険等から出産育児一時金を受給していますか。	<input type="checkbox"/> 1. 受給した <input type="checkbox"/> 2. 受給していない		

※医師・助産師、市区町村長のいずれかより証明を受けてください。

医師・助産師による証明	出産者の氏名(カタカナ)	<input type="text"/>		
	出産年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
	出生児数	<input type="text"/> 人	死産児数	<input type="text"/> 人
			死産の場合の妊娠日数	<input type="text"/> 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
	医療施設の所在地	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
	医療施設の名称			
	医師・助産師の氏名			
	電話番号			

市区町村長による証明(生産の場合のみ)	本籍			筆頭者氏名
	母の氏名(カタカナ)	<input type="text"/>		
	母の氏名			
	出生児数	<input type="text"/> 人	出生年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	出生児氏名			
	上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
	市区町村長名	印		

6 2 1 2 1 1 0 1