

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(申請者)記入用
貸

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。
 届書(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(申請者)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"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
	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)	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 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 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. 申請者 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 (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。	平成 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	氏名・印	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係
	住所 (フリガナ)	氏名・印	

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印
-----------------------	---

(26.7)

受付日付印

様式番号

協会使用欄

6 2 1 1 1 3

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

申請者・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 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

生年月日

 昭和 平成

年

月

日

② 出産した年月日 平成 年 月 日

③ 生産または死産の別 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

③-① 「生産」の場合
出生児数

 人

③-② 「死産」の場合
死産児数

 人

③-②-① 「死産」の場合
妊娠経過期間

満 週

④ 出生児の氏名

⑤ 出産した医療機関等

名称

所在地

⑥ 出産した方 ●被保険者 → 退職後6か月以内の出産ですか。 1. はい 2. いいえ
●家 族 → 協会けんぽに加入後6か月以内の出産ですか。

「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。

⑥-① ●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

保険者名

記号・番号

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 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)

証明の場合

医師・助産師による

出産者氏名

出産年月日

平成

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

→ (妊娠

週)

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

平成 年 月 日

医療施設の名称

医師・助産師の氏名

印

証明の場合(生産のみ)

市区町村長による

本籍

筆頭者
氏名

母の氏名

出生児
氏名出生
年月日

平成

年

月

日

上記のとおり相違ないことを証明する。

市区町村長名

平成 年 月 日

印

様式番号

6 2 1 2 1 2