

令和	年度	支給並びに支出伺							記帳	金額 (円)				
支出決定	常務理事	係	出納	款	項目	大	中	小	出産育児・家族出産育児一時金					
支給決定	常務理事	係	被扶養者台帳	3	2	7			出産育児付加金		2	0	0	0
(摘要)				合計										

健康保険被保険者家族 出産育児一時金支給申請書

1 2
被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の(右づめ)	2	22222222	<input type="checkbox"/> 昭和	2	2	2
	氏名	(フリガナ) ダイワ ヨウコ		<input checked="" type="checkbox"/> 平成			
	住所	(〒 104 - 0031)	東京 都道 府県				
電話番号(日中の連絡先)	TEL 03 (5555) 4600	中央区京橋1-2-1					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)							

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。					
	金融機関名称	〇 〇 〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	〇 〇 〇	本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	22222222	左づめでご記入ください。	
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	1 1. 申請者 2. 代理人
	ダイワ ヨウコ					

受取代理人の欄	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
	被保険者(申請者)	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
	代理人(口座名義人)	住所(フリガナ)	(〒 -)	TEL ()	委任者と代理人との関係	
	氏名					

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

大和 洋子

申請内容

1 出産した者

1

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
 令和

年

月

日

2 出産した年月日

令和 5 年 1 月 23 日

3 生産または死産の別

1

1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3 - ①

「生産」の場合出生人数

1

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 出産した医療機関等

名称

〇 〇 〇

所在地

〇 〇 〇

5 出産した方

- 被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。
- 家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。

2

1. はい 2. いいえ

5 - 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 → 当組合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

5 - ① - (1)

同一の出産について、5 - 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）

医師・助産師による
証明の場合

出産者氏名

大和 洋子

出産年月日

令和 5 年 1 月 23 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。

令和 5 年 1 月 27 日

医療施設の所在地

医療施設の名称

医師・助産師の氏名

〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

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する。

令和 年 月 日

市区町村長名

印