

支給決定 並びに支出伺	常務理事	事務長	担当	支給決定額	円

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(申請者)情報	被保険者証の記号	番号	生年月日
	氏名・印	(フリガナ)	所属
	住所	TEL	都道府県

申請内容	1 出産した者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	2 出産年月日	平成 年 月 日
	1-① 家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産(妊娠 ヶ月)	4 出生児の氏名	
	5 出産した医療機関等	名称	所在地	

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	出生年月日	平成 年 月 日
		出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)	生産または死産の別
		上記のとおり相違ないことを証明する。		
		平成 年 月 日	医療施設の所在地	医療施設の名称
証明の場合(生産のみ)	市区町村長による証明の場合	本籍	筆頭者氏名	
		母の氏名	出生児氏名	出生年月日
		上記のとおり相違ないことを証明する。		
		平成 年 月 日	市区町村長名	

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協	本店 支店 出張所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号
	口座名義	▼カタカナでご記入ください。	口座名義の区分

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	委任者と代理人との関係

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。※【注意】マイナンバーを記載した場合は個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

受付日付印