

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	82	番号	100000	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ○年 ○月 ○日
	氏名	(フリガナ) サンタテ タロウ	三立 太郎	所属	三協立山(株)	○○部・支店・工場 ○○○課
	自宅住所	(〒 933 - ○○○○ )	富山 都道 高岡市 府県	○○○番地	TEL 0766 ( ○○ ) ○○○○	

申請内容	1 出産した者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	2 出産年月日	令和 ○年 ○月 ○日	
	1-① 家族の場合はその方の氏名	三立 ある子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ○年 ○月 ○日	
	3 生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産(妊娠 〇ヶ月)	4 出生児の氏名	三立 一郎	
	5 出産した医療機関等	名称	○○○産婦人科クリニック	所在地	富山県○○○市○○○町○○番地

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	令和 年 月 日	
		出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎( 〇 児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 〇週)
		上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名			

※出産した医療機関の証明または市区町村のどちらかの証明をもらってください

証明欄(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			

振込先指定口座	金融機関名称	北陸 銀行(金庫) 信組(農協) 漁協	高岡	本店(支店) 出張所	店舗番号	201
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	※左づめでご記入ください。※ゆうちょ銀行は不可です。	
	口座名義	▼カタカナでご記入ください。サンタテ タロウ		口座名義の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 申請者(被保険者) <input type="checkbox"/> 2. 代理人	

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。		令和 年 月 日
	代理人(口座名義人)	(〒 - ) TEL ( )	住所	委任者と代理人との関係
		(フリガナ)	氏名	

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