

# 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

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。  
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

|                  |                 |        |            |  |   |   |   |
|------------------|-----------------|--------|------------|--|---|---|---|
| 被保険者情報           | 被保険者証の<br>(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<br><input type="checkbox"/> 平成 |   |   |   |
|                  | 住所              | (〒 - ) | 都 道<br>府 県 | 自署の場合は押印を省略できます。   |   |   |   |
| 電話番号<br>(日中の連絡先) | TEL             | ( )    |            |  |   |   |   |

|         |            |   |  |
|---------|------------|---|--|
| 振込先指定口座 | 金融機関<br>名称 | 銀行 金庫 信組<br>農協 漁協<br>その他 ( )                          | 本店 支店<br>代理店 出張所 本店営業部<br>本所 支所            |
|         | 預金種別       | <input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段<br>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<br>の区分                                |
|         |            |   | <input type="checkbox"/> 1. 被保険者<br>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           | 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<br>(口座名義人) | 住所 「被保険者情報」の住所と同じ              |          |
|         | 被保険者との<br>関係   |                                |          |

「被保険者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

被保険者のマイナンバー記載欄

(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

受付日付印

(29.7)

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

印

様式番号

協会使用欄

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 6 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| 1 |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|

# 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・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  
妊娠からの  
週数及び日数

満

週

(  )日

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。  
● 家族 → 協会けんぽに加入後6か月以内の出産ですか。

 1. はい 2. いいえ

「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

→ (満

週)

(  )日

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