

届書コード		
6	3	A

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

◎◎「記入方法および添付書類等については、別紙「記入例」「添付書類について」を確認してください。
※」印欄は記入しないでください。

⑦ 被保険者証の記号・番号										① 被保険者の生年月日																									
				-						5:昭和			年			月			日																
										7:平成																									
⑦ 被保険者(申請者)の氏名と印		(フリガナ)																																	
		印																																	
⑤ 事業所の		名 称																																	
		所在地		郵便番号 () - ()																															
				都道府県 電話 ()																															
④ 被保険者(申請者)の住所		郵便番号 () - ()																																	
		都道府県 電話 ()																																	
被扶養者が出産したための申請であるときは、その方の				⑦ 被扶養者の氏名						⑤ 被扶養者の生年月日						被扶養者番号																			
										昭和			年			月			日																
										平成							※																		
② 出産した年月日				⑦ 出生児数				③ 死産児数				⑤ 妊娠経過期間				⑧ 法第3条第2項被保険者として支給を受けた場合はその額(調整減額)																			
平成			年				月			日		人			人		週																		
																			円																
② 出生児の氏名						④ 被保険者と出生児の続柄				① 出産した医療機関等																									
(フリガナ)										名 称																									
										所在地	電話 ()																								
申(本請人)者		② 今回の申請は、退職等により、全国健康保険協会管掌健康保険の被保険者資格の喪失後、6ヵ月以内に出産したことによる申請ですか。								<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																									
者		③ 上記②で、「はい」と答えた場合、資格喪失後、家族の被扶養者になりますか。								<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																									
者		④ 上記③で、「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入している健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。								保険者名																									
者										記号・番号																									
申(家族)者		⑤ 今回の申請は、家族が被扶養者認定後、6ヵ月以内に出産したことによる申請ですか。								<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																									
者		⑥ 上記⑤で、「はい」と答えた場合、家族が被扶養者の認定を受けた要因は退職等により、健康保険の資格を喪失したことによるものですか。								<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																									
者		⑦ 上記⑥で、「はい」と答えた場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。								保険者名																									
者										記号・番号																									

受付日付印

医師・助産師または市区町村長が証明するところ	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。平成 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 印								
	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。平成 年 月 日									
市 区 町 村 長 名 印									

振 込 希 望 口 座	① 支払区分	1 金融機関																		
		金融機関コード				② 銀行・金庫 信組 店 ・本 店 支店・出張所														
		※				信連・信漁連 農協・漁協 本所・支所 本店・支店														
		③ 預金種別		1:普通 2:当座 3:別段 4:通知				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。)											
		口座番号																		

給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。平成 年 月 日															
	住 所 被保険者 (申請者) 氏 名 印															
	受取人情報	代理人の 氏名と印		(フリガナ)				委任者と 代 理 人 との関係								
		代理人の 住 所		(〒 -) 電話 ()												

社会保険労務士の 提 出 代 行 者 印		平成 年 月 日提出	
-------------------------	--	------------	--