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
被保険者等（右づめ）			□昭和 □平成 □令和
氏名・印	（フリガナ） 印		自署の場合は押印を省略できます。
住所	（〒 ー ） 都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）		

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

振込先指定口座

金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（ ）		本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	□ 1．普通 3．別段 2．当座 4．通知	口座番号	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．申請者 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（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 氏名・印 印 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）	（〒 104 ー 8255 ） TEL 03 （ 5543 ） 1804 住所 東京都中央区新川１－２１－２ 茅場町タワー２Ｆ （ﾌﾘｶﾞﾅ） ｾﾝﾄﾗﾙｽﾎﾟｰﾂｶﾌﾞｼｷｶｲｼｬ ﾀﾞｲﾋｮｳﾄﾘｼﾏﾘﾔｸｼｬﾁｮｳ ｼｯｺｳﾔｸｲﾝ ｺﾞﾄｳｾｲｼﾞ 氏名・印 セントラスポーツ株式会社 代表取締役社長 執行役員 後 藤 聖 治 印	委任者と代理人との関係

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

・被保険者等 記号・番号 を記入した場合は不要です
・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

被保険者のマイナンバー記載欄

（元.5）

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	印

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

1 2

申請者・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 □令和 年 月 日
2 出産した年月日	令和 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」の場合出生人数	□ 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。	□ 1. はい　2. いいえ			
6 - 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			
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）

医師・助産師による証明の場合

出産者氏名		出産年月日	令和 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。
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

印

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