

提出日 令和 6年 12月 1日

被保険者(申請者)情報	被保険者等記号・番号	記号 1 0	番号 9 9 9 9 9	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください		
	事業所名(会社名)	〇〇〇〇株式会社		所属	〇〇〇〇 室・課	
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 0 2	月 1 0 日 1 0
	住所	(〒492-8153) 愛知 都道 稲沢市井之口町中四反畑4500番地 府県				
電話番号(日中の連絡先)	自宅	0 5 8 7 (2 3) 6 6 6 1	携帯	090 (〇〇〇) 〇〇〇〇		

振込先指定口座(被保険者名義)	金融機関名称(ゆうちょ銀行以外)	三菱UFJ	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ()	名古屋営業部	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 2. 当座 3. その他 ()	口座番号	8 8 8 8 8 8 8	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字として左づめでご記入ください。)			
		ケンポ	タロウ		

提出ルート

被保険者(申請者) ⇒ 医療機関(担当医)の証明 または、市町村の証明 ⇒ 被保険者 ⇒ 健保組合

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

受付	入力	支払
----	----	----

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名 健保 太郎

申請内容	1 出産した者	2 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 健保 花子	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 03年10月01日
	2 出産した年月日	令和 06年08月05日	
	3 生産または死産の別	1 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在	
	3 - ① 「生産」の場合出生人数	1 人	3 - ② 「死産」の場合死産児数 <input type="text"/> 人
		3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 <input type="text"/> 週
4 出産した医療機関等	名称 ○○病院	所在地	愛知県稲沢市○○○○
5 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。		2 1. はい 2. いいえ
5 - 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	
5 - ① - (1) 同一の出産について、5 - ①の保険者より出産育児一時金を	<input type="checkbox"/>		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	この欄は、出産した医療施設の医師・助産師 または、市町村長に 出産の事実がわかる証明を受けてください
	市区町村長による 証明の場合(生産のみ)	

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。