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

提出日　令和 4 年　11 月　1 日

被保険者 申請者 情報

被保険者証の	記号（※） 10　番号 99999	保険証記号番号ご記入の場合、下欄（＊）のﾏｲﾅﾝﾊﾞｰの記入は不要です。	生年月日　☑ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和　62 年 10 月 10 日
事業所名（会社名）	○○○○株式会社	所属	○○○○ 室・課
氏名	（フリガナ）ケンポ　タロウ 健保　太朗		
住所	（〒492-8153） 愛知 都 道 府 県 稲沢市井之口町中四反畑4500番地		
電話番号（日中の連絡先）	自宅　0587（23）6661	携帯　090（○○○）○○○○	

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 その他（　）	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	88888888　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。） ケンホ゜　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。〉〉〉

（＊）

【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（免許証等コピー）をするための　添付書類（ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ通知ｶｰﾄﾞのｺﾋﾟｰ、免許書等のｺﾋﾟｰが必要です。

注：マイナンバーを記入した申請書の提出は、社内メール時は「重要メール」、郵送時は「書留」等、記録を残せる方法にてご提出ください。

受付	入力	支払

豊田合成健康保険組合

＜帳票№203－12＞

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	健保　太朗

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	□昭和 ☑平成 □令和　03年 10月 01日
2 出産した年月日	令和 04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	□ 人	3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間　満 □□ 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	□　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

市区町村長による証明の場合（生産のみ）

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

※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。