

出産人を○囲みしてください

被保険者 出産育児一時金
家族 出産育児付加金

支給申請

健康保険 本人(被保険者) 令和4年11月1日交付
被保険者証
記号 XXXX 番号 XXXXXXXX (枝番) XX
有効期限 令和 YY年 MM月 DD日
氏名 東罐 一郎
生年月日 昭和 YY年 MM月 DD日 性別 男
資格取得年月日 平成 YY年 MM月 DD日

事業所 受付印

見本

被保険者(申請者)情報

被保険者証の(右づめ) 記号 XXXX 番号 XXXXXXXX 月 日

氏名(フリガナ) トウカン イチロウ
氏名(自署) 東罐 一郎 申請者が自筆にて記入してください

住所 (〒 141 - 9999) 東京都品川区●●町 1-2-3 ■■ハイツ101

電話番号(日中の連絡先) TEL 03 (9999)9999

受取代理人の欄

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(委任する場合は) 令和 XX年 XX月 XX日

被保険者(申請者) 氏名(自署) 東罐 一郎 申請者が自筆にて記入してください

代理人(口座名義人) 住所 氏名・印 印

委任者と代理人との関係に 事業主 個人

給付金を給与振込にて受領するための委任です
・アルバイト、任意継続者、資格喪失者は代理人の記入不要
・申請者以外の個人代理人は 個人に

「個人」を代理人にするときは代理人の捺印

注) アルバイト、任意継続者、資格喪失者 および 代理人(個人)は下欄に記入

振込先指定口座

金融機関名称 銀行 金庫 信組 本店 支店 出張所 本所 支所

預金種別 1. 普 2. 当

口座名義 1. 被保険者 2. 代理人

次の方への振込先を 当欄に記入してください
・アルバイト、任意継続者、資格喪失後の被保険者
・個人代理人

▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けて記入、濁点(゜)、半濁点(゜)は1字として記入ください)

【添付書類】

- 1 出産費用の領収書・明細書のコピー
- 2 直接支払制度の利用可否に関する文書のコピー
- 3 申請書所定欄(2ページ目)にいずれかの証明

医師・助産師の証明 または 市区町村の証明

【上記証明が受けられない場合は下記いずれか1点(コピー)を添付】

- 母子手帳の出生届出済証明欄のコピー
- 出生届受理証明書
- 住民票
- 戸籍謄本(抄本)
- 戸籍記載事項証明書

「記入用紙」は2ページに続きます。>>>

区分の記入

- 「1」 アルバイト、任意継続者、資格喪失者の被保険者(申請者)本人
- 「2」 申請者以外の個人代理人

育児月間誌「赤ちゃん和妈妈」を1年間 無料で被保険者住所へ郵送します。送付にあたり「赤ちゃん和妈妈社」へ被保険者の住所・氏名を提供しますので、送付不要の場合は にチェック✓を入れてください。

「赤ちゃん和妈妈」誌の送付は不要です

- ・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

被保険者のマイナンバー記載欄

出産人を○囲みしてください

被保険者
家族

出産育児一時金
出産育児付加金

支給申請書 2/2

被保険者氏名

東罐 一郎

該当する番号を記入ください

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 東罐 はな子	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 XX年 XX月 XX日
	2 出産した年月日	令和 XX年 XX月 XX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="checkbox"/> 人
			3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間 満 <input type="checkbox"/> 週
4 出生児の氏名	※死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載不要です。 東罐 一雄		
5 出産した医療機関等	名称 ●●産婦人科	所在地 ●●県●●市	
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。	2 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	<input type="checkbox"/> 1. 受けた／受ける予定 2. 受けない		

「母子手帳」の「出生届出済証明」ページの写しを添付することにより、下記証明欄の記載を省略することができます

証明欄 (いずれかに「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 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
		出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → () 児	生産または死産の別 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 週)	
	上記のとおり 令和	印		
市区町村長による証明の場合(生産のみ)	本籍			
	母の氏名	和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 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	

「母子手帳」(写し)を添付できない時は証明欄に記入してもらってください

以上のとおり申請します。 令和 XX年 XX月 XX日 提出