

健康保険 被保険者 出産育児一時金 支給申請書
 家 族 差額申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>		
				<input type="checkbox"/> 平成			
				<input type="checkbox"/> 令和			
	氏名・印	(フリガナ)					
	住所	(〒	—)	都	道	
					府	県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()			
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)							

①もしくは②いずれかを記入してください

①受取委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を被委任者(事業所)に委任します。(押印省略不可)	
	氏名	<input type="text"/> <input type="text"/>

②振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/> 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。) <input type="text"/> <input type="text"/>	口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 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	<input type="text"/>	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)	住所	(〒	—)	TEL	(
		(フリガナ)	氏名・印	<input type="text"/>	委任者と 代理人との 関係		

(20/3)

受付日付印

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書 差額申請書

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	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
2 出産した年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産 <input type="checkbox"/> 3. 生産・死産混在	
3 - ① 「生産」の場合出生人数	<input type="text"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ ●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。	
6 - ① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。	保険者名	記号・番号
	●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	
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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (<input type="text"/> 児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 <input type="text"/> 週)
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名		

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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 市区町村長名		

印

【差額申請書として提出する場合】
 医師・助産師による出産証明、または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明は必要ありません。