

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金 支給申請書

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の(右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和
	氏名	(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 <input checked="" type="checkbox"/> )						

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 出産した医療機関等	名称	所在地		
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。		<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 2. 受けない

以下の証明欄は、出産時の領収明細書の写し(出産日が記載されているもの)の添付がある場合は、不要です。

医師・助産師による証明の場合	出産者氏名	出生年月日	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 → ( ) 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	
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 年 月 日	市区町村長名	印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄