組合記入欄	常務理事	事務長	部長	課長	係長	係	資格取得日	平・令　年　月　日
							資格喪失日	令和　年　月　日
							伺年月日	令和　年　月　日

健康保険　被保険者・家族 出産育児一時金　支給申請書	支給額	百万	拾万	万	千	百	拾	円	法定							
									付加							

【ご注意ください】
① 文字が消えるボールペン（フリクションペン）や修正液・テープを使用した届出申請は受付できません。
② 訂正がある場合は、記入者が二重線で抹消し正しい内容と記入者の氏名（サイン）を記入してください。
※ 記入する際は、必ず記入例を参考に記入してください。

被保険者情報	被保険者等	記号　番号	生年月日	昭・平　年　月　日
	氏名	（フリガナ）	携帯電話番号	
			自宅電話番号	
	住所	〒　－	都・道 府・県	
	事業所名称		提出委任	□ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 （事業主経由（依頼）する場合は✓）

振込先	金融機関名称	銀行・信金・信組 農協・その他（　）	預金種別	普通・当座・その他（　）
		支店・本店・出張所 その他（　）	口座番号	
	口座名義 （カタカナで記入）			

委任状	口座名義が代理人の場合に記入してください。	被保険者 （申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和　年　月　日
		代理人 （口座名義人）	住所
			氏名　被保険者との関係（　）

申請内容	出産した方	□ 被保険者 □ 家族（被扶養者）	氏名		生年月日	昭・平　年　月　日
	出産年月日	令和　年　月　日	生産児数	人	死産児数	人
	出産した医療機関等	名称　所在地				
	他の健康保険等に加入している場合	出産日の前後6か月以内他の健康保険等に加入していた（いる）場合	▶ 別途、「健康保険等加入状況の申告」を添付してください。			

死産の場合（妊娠経過期間）	ヶ月　週

証明欄	▶ 医師・助産師による証明の場合					
	出産年月日	令和　年　月　日	生産児数	単胎・多胎（　児）	生産又は死産の別	生産・死産（妊娠　か月　週）
	上記の通り相違ないことを証明する。 令和　年　月　日　医療機関所在地 医療機関所名称 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	出生児の氏名	出生年月日　令和　年　月　日			
	上記の通り相違ないことを証明する。 令和　年　月　日　市区町村長　印					

マイナンバー記入欄（被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。）

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄