組合記入欄

こちらは記入例です。
実際に申請書に記入する際は、黒色または青色の消えないボールペンを使用の上
記入例に沿って記入してください。

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　〇〇　番号　〇〇〇〇	生年月日	昭・平　〇年　〇月　〇日
氏名	（フリガナ）ガイショク　ハナコ 外食　花子	携帯電話番号	□□□-□□□□-□□□□
		自宅電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
住所	〒　〇〇〇 〇-〇〇	都道府県	港区　〇〇〇〇
事業所名称	株式会社　〇△□	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✓）

会社を経由して申請書を提出する際は、必ずチェックボックスに✓を記載してください。

振込先

金融機関名称	〇〇	銀行・信金・信組 農協・その他（　　）	預金種
	〇〇	支店・本店・出張所 その他（　　）	口座番
口座名義（カタカナで記入）	ガイショク　ハナコ		

※ゆうちょ銀行の場合※
【支店名】は必ず【一二六】等の
漢数字の支店名を記入してください。

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）	※本人口座への振込の場合は記入しないでください※
	代理人（口座名義人）	

申請内容

出産した方	☑ 被保険者 ☐ 家族（被扶養者）	氏名	※家族（被扶養者）が申請するときのみ記入してください※				
出産年月日	令和　〇年　〇月　〇日	生産児数	1　人	死産児数	人	死産の場合（妊娠経過期間）	ヶ月　週
出産した医療機関等	名称　健保　総合病院	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇　東京都港区〇〇　〇-〇〇-〇〇				
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。					

証明欄

▶ 医師・助産師による証明の場合

記入が漏れていた場合、書類を返戻する可能性があるので必ず記入してください。
全ての記入欄を埋めてください。
医師・助産師または市区町村長の証明を受け、
①領収書（写）
②直接支払制度を利用していない旨の合意文書（写）
上記２点の添付書類をつけ申請してください。
（提出後、追加書類を求める場合もあります。ご了承ください。）

▶

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