

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

1

2

注意点等

被保険者(申請者)記入用

※申請書は『全2ページ』です。A4で印刷し必要な書類を添付の上、ホチキスでとめて申請してください。

被保険者 (申請者の情報)	記号	番号	事業所名称	
	〔受診時〕 被保険者証の (右つめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	氏名	生年月日		年 月 日
		<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>
連絡先 住所	(〒 -)	都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			

振込先 指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>				
	金融機関 名称	労働金庫		<input type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 本店営業部 <input type="radio"/> 支店	
	店番号	口座番号	右つめで ご記入く ださい。	預金種別	1. 普通
	口座名義	▼カタカナ		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、必ず以下の欄を記入してください。

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。		年 月 日
	被保険者 (申請者)	氏名	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 ()
	氏名	(フリガナ)	申請者と 代理人との 関係

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページへ続きます。>>>

- ・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

(R4.12)

受付日付印

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

1

2

注意点等

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

被保険者記入欄

1 出産した者

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

生年月日

 昭和
 平成
 令和

年 月 日

2 出産した年月日

令和 年 月 日

3 生産または死産の別

1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3 - ①

「生産」の場合出生人数

人

3 - ②

「死産」の場合死産児数

人

3 - ② - (1)

「死産」の場合妊娠経過期間

満 週

4 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 → 当健保に加入後6か月以内の出産ですか。

1. はい 2. いいえ

4 - 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 → 当健保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

4 - 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

1. 受けた／受ける予定 2. 受けない

証明欄（いずれかにご記入ください）

証明の場合
医師・助産師による

出産者氏名

出産年月日

令和 年 月 日

出生児の数

 単胎 多胎 → (児)

生産または死産の別

 生産 死産 → (妊娠 週)

上記のとおり相違ないことを証明する。

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

連絡先 TEL ()証明の場合
市区町村長による

本籍

筆頭者
氏名

母の氏名

出生児
氏名出生
年月日令和 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

市区町村長名

印

次のページに必要書類等について案内があります。>>>

1. 申請のめやす

分娩医療機関等で出産時に、直接支払制度や受取代理制度を利用しなかったとき。

2. 添付書類について

注) 写しと指定していない書類は原本が必要となります。

	書類名称	詳細
①	医療機関等から交付された「出産費用の領収・明細書」の写し	「出産費用の領収・明細書」内に産科医療補償制度加入医療機関等であることを証明するスタンプが押されている場合にのみ、1万2千円の加算があります。
②	医療機関等と交わした「合意文書」の写し	直接支払制度を利用しないことを証明する書類。
③	出産日に加入している健康保険等の「被保険者証」の写し	[対象の方のみ] 被保険者の資格喪失後の出産による申請時のみ必要。

3. 給付金の支給時期

振込処理は月2回(原則5日と20日)、事前に支給決定通知書を送付します。
なお、審査に時間を要する場合がありますので、ご了承ください。

[提出先・お問い合わせ先]

〒101-0052

東京都千代田区神田小川町3-20 第2龍名館ビル4階

全国労働金庫健康保険組合 業務部

TEL 03(5217)3162