健康保険 被保険者 出産育児一時金 支給申請書

被保険者記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ 申請書は、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。

被保険者情報	被保険者証の (左づめ)	記号		番号		生年月日 🖆	▶ 月 日
						1.昭和 2.平成 3.令和	
報	氏名·印	(フリガナ)			EP	自署の場合は押印を省略で	್ きます。
	住所 電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く	TEL			都道府。県		
振込先指定口座	金融機関名称			(銀行)(金庫)(信組 農協)(漁協) その他)()	⟨ [(本店)(支店) 大理店(出張所)本店営業部 (本所)(支所)
	預金種別		普通 3. 別段 当座 4. 通知	口座番号		左づめでご記。	
	口座名義	▼カタカナ (¢	性と名の間は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。) 「口座名義 の区分	1. 被保険者 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	本申請に基づく給付金氏名・印	cに関する受領を下記の代理人に委任	します。	1.平成 1.平成 2.令和 住所 「被保険者情報」の	年 月 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日
		代理人 口座名義人)	〒 住所 (フリガナ) 氏名・印	TEL(N17)	ン除く)	ED ED	被保険者との関係
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。 「被保険者証の記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。							
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄 様式番号							
6	2 1 1 6	8	1		云 欠 加		
₹ 全国健康保険協会							

健康保険 被保険者 出産育児一時金 支給申請書 (被保険者・医師・市区町村長記入用

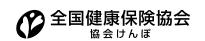
被保険者氏名 1 出産した者 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者) 年 月 日 1-① 家族の場合は その方の 生年月日 氏名 2.平成 3.令和 年 日 1.平成 2 出産した年月日 2.令和 3 生産または死産の別 1. 生產 2. 死産 3. 生産・死産混在 「死産」の場合 週 ③-① 「生産」の場合 出生児数 3-2 「死産」の場合 死産児数 3-2-(1) 妊娠からの 週数及び日数)日 4 出生児の氏名 5 出産した医療機関等 名称 所在地 6 出産した方 一被保険者 → 退職後6か月以内の出産ですか。 1. はい 2. いいえ ●家族 → 協会けんぽに加入後6か月以内の出産ですか。 「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 ●被保険者 ➡ 現在加入している保険者について 6-1 ●家 族 ➡ 協会けんぽ加入前に加入していた 記号·番号 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 1. 受けた/受ける予定 2. 受けない 出産者氏名 1.平成 出産年月日 **明欄**(いずれかにご記入ください 明の場合 2.令和 満 週 1.単胎 1 生産 出生児の数 児) 生産または死産の別 2.多胎 2.死産)日 上記のとおり相違ないことを証明する。 医療施設の所在地 医療施設の名称 1.平成 印 2.令和 医師・助産師の氏名 証明の場合(生産の市区町村長による 筆頭者 本籍 氏名 年 月 日 出生児 出生 合(生産のみ 1.平成 母の氏名 氏名 年月日 2.令和

様式番号

上記のとおり相違ないことを証明する。 年

> 1.平成 2.令和

2 2 1 6 7



市区町村長名

印