健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者情報	健康保険の	記号　　番号	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
	氏名・印	（フリガナ） 印	← 自署の場合は押印を省略できます。ただし、受領を代理人に委任する場合は委任状と同じ印を押印ください。	
	住　所	〒　　ー　　都・道 府・県		
			電話番号（日中の連絡先）	（　　）
	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・金庫・信組 農協・その他（　　）	預金種別	普通　・　当座
		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）		口座名義区分	被保険者（申請者）・代理人

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	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 氏名・印　印
		代理人（口座名義人）	住所 氏名・印　印　被保険者との関係（　　）

申請内容	出産した方（どちらかに✔）	□ 被保険者　□ 家族（被扶養者）						
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日　昭・平・令　　年　　月　　日	続柄（　　）				
	出産した年月日	令和　　年　　月　　日	生産児数　　人	死産児数　　人	死産のとき（妊娠経過期間）	か月　　週		
	出産した医療機関等	名称	所在地					
	他の健康保険などに加入	出産日の前後6か月以内に他の健康保険などに加入していた（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**

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）

上記のとおり相違ないことを証明する。
令和　　年　　月　　日

医療機関の所在地・名称

医師・助産師の氏名　印

▸ **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　　年　　月　　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　印

マイナンバー記入欄（健康保険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、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。

受付日付印

公金受取口座を利用する場合は、下記に☑をご記入ください。（利用する場合、上記口座情報の記入は不要です。）

□ 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。

※ 公金受取口座を利用する場合は、支給決定までに時間を要することがありますのでご了承ください。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	印

電設工業 健康保険組合

（令6.12）