

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書 (付加)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 [][][][]	番号 [][][][][][][][]	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください [][][][][][][][][][]
	氏名	(フリガナ) -----		生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 [][][][][][]
	住所	(〒 [][][] - [][][]) 都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ([][][])		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)				

私は_____を代理人と定め、次の権限を委任する。
 年 月 日請求した出産育児一時金のうち
 金 円也の受領に関すること。

年 月 日

被保険者の(請求者)住所
 氏名
 代理人の住所
 氏名

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

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 (付加)

1 2 申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

申請内容
1 出産した者
1-1 家族の場合はその方の氏名 生年月日
2 出産した年月日
3 生産または死産の別
3-1 「生産」の場合出生人数
3-2 「死産」の場合死産児数
3-2-(1) 「死産」の場合妊娠経過期間
4 出産した医療機関等
5 出産した方
5-1 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。
5-1-(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

証明欄(いずれかにご記入ください)
医師・助産師による
出産者氏名 出生年月日
出生児の数
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
上記のとおり相違ないことを証明する。
市区町村長名