# 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金差額 出産育児一時金付加金 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

| 被保険者（申請者）情報 | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者証の | 記号 | 番号 | 生年月日 昭和 平成 年 月 日 |
| 氏名 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | | |
| 住　所 | 〒　－ | | |
| 電話番号 | 日中の連絡先 TEL　－　－ | | 携帯 勤務先 自宅 |

| 振込先指定口座 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 金融機関名称 | 銀行 金庫 信組 農協 | | 支店 本店 代理店 出張所 支所 | |
| 預金種別 | 普通 当座 | 口座番号 | | |
| 口座名義 | ▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください) | | 口座名義の区分 | 申請者 代理人 |

「代理人」の場合は必ず記入ください。

| 受取代理人の欄 | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者（申請者） | 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。 令和　年　月　日<br>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） | 〒　－　TEL　－　－<br>住所<br>（ﾌﾘｶﾞﾅ）<br>氏名 | 委任者と代理人との関係 | |

「申請者記入用」は２ページに続きます。〉〉〉

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。（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。）

受付日付印

備考欄

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

（R4.6）

| 組合使用欄　支給決定伺 | | | 資格取得 | 昭和 平成 令和　年　月　日 | 法定給付 | 拾万 万 千 百 拾 円 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 伺 | | | 資格喪失 | 令和　年　月　日 | | |
| | | | 扶養認定 | 平成 令和　年　月　日 | 付加給付 | 万 千 百 拾 円 |
| | | | 出産予定 | 令和　年　月　日 | | |
| | | | 出　産 | 令和　年　月　日 | 受取代理額 | 円 |

# 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金差額 出産育児一時金付加金 支給申請書

1 2

被保険者（申請者）記入用

| 被保険者氏名 | |
|---|---|

**申請内容**

| | | |
|---|---|---|
| 1 出産した者 | 被保険者　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 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 | 生産　死産　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 出産した医療機関等 | 名称 | 所在地 |
| 5 出産した方<br>●被保険者 ➡ 退職後6ヶ月以内の出産ですか。<br>●家　族 ➡ 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。 | | はい　いいえ |
| 5-①<br>「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。<br>●被保険者 ➡ 現在加入している保険者について<br>●家　族 ➡ 当組合加入前に加入していた保険者について | | 保険者名<br>記号・番号 |
| 5-①-1<br>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 | | 受けた/受ける予定　受けない |