

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

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(右づめ)	記号	番号	枝番	マイナンバー	記号・番号を記載した場合は記入不要です
	氏名	(フリガナ)			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	住所	〒		—	都 道 府 県	年 月 日
	電話番号	自宅	()	()	携帯	()
委任選択欄	申請書の審査・決定にあたり、組合からの支払決定通知書等の送付先及び問い合わせ方法について選択してください。 <input type="checkbox"/> 1. 上記の被保険者(申請者)住所・電話番号へ送付・問い合わせを希望します。 <input type="checkbox"/> 2. 事業所の担当者経由で、送付・問い合わせを希望します。(申請書提出時に既に退職されている方は「1」を選択してください)					

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ※7桁未満の場合は、頭に0をつけて7桁での記入にご協力ください。
	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。濁点(゜)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

「2」の場合は受取代理人の欄を必ず記入ください。

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。		年 月 日
	代理人(口座名義人)	(〒 —)	TEL ()	申請者との身分関係
		住所		
	(フリガナ) 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。>>>

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

申請内容	1 出産した者	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 出産した年月日	年 月 日	
	3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在	
	3 - ① 「生産」の場合出生人数	<input type="checkbox"/> 人	3 - ② 「死産」の場合死産児数
		3 - ③ 「死産」の場合妊娠経過期間	満 <input type="checkbox"/> 週
4 出産した医療機関等	名称	所在地	
5 出産した方	●被保険者 → 退職後6ヵ月以内の出産ですか。 ●家 族 → 当組合に加入後6ヵ月以内の出産ですか。		<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ
5 - 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 → 退職後に加入した保険者について ●家 族 → 当組合に加入する前の保険者について ※記号・番号が不明な時は空白にしてください	保険者名		
	記号・番号		
5 - ② 5 - ①で記載した保険者より出産育児一時金の支給を受けましたか	<input type="checkbox"/> 1. 受けた(受ける予定がある) <input type="checkbox"/> 2. 受けない(受ける予定なし)		

証明欄 (いずれかにご記入ください)	医師・助産師による 証明の場合	出産者氏名	出産年月日	年 月 日
		出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → () 児)	生産または死産の別 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 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	
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	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

◇直接支払制度を利用しない場合（出産費用を全額負担した場合）の申請書となります。

1. 添付書類

(1) この申請書の添付書類について

①医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する合意文書の写し

※直接支払制度を利用しない場合でも「代理契約を締結しない」合意が必要となります。

②出産（分娩）費用明細書の写し

※「産科医療補償制度の対象分娩です」の文言の印字やスタンプが押印されているもの。

※「代理受取額」が掲載されているもの。（直接支払制度を利用していないため0円で掲載されています）

2. 記入方法

組合ホームページの「申請書一覧（6.給付に関する書式）」にある記入例をご参照ください。

3. 注意事項

(1) 記入を誤ってしまった場合の訂正方法について

記入誤りがあった場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記載してください。訂正印は不要ですが、訂正した方が分かるように訂正箇所付近の余白に氏名（フルネーム）を記入してください。

(2) 振込先指定口座について

被保険者（申請者）の口座情報を記入してください。なお、被保険者（申請者）以外の方に振込を希望される場合は、「受取代理人の欄」に被保険者（申請者）および代理人の署名が必要になります。

※扶養家族の方の口座を希望した場合も「代理人」に該当します。受取代理人欄の記載もれがないようご注意ください。

(3) マイナンバーでの申請について

被保険者等の記号・番号が不明により、マイナンバーで申請する場合は、マイナンバー欄に番号を記入してください。なお、被保険者等の記号・番号は【資格情報のお知らせ】に掲載されています。

4. 提出先と振込日について

(1) 申請書の提出（送付）先及び問い合わせ先

この申請書は、当組合（下記住所）または事業所の担当者を通じて提出してください。また、申請方法や制度についてのご質問は下記までご連絡をお願いします。

〒135-0047 東京都江東区富岡2丁目11-12

倉庫業健康保険組合 給付課 TEL 03-3642-8436

(2) 振込日について

記載事項及び添付書類に不備がなければ受付日よりおおよそ2週間程で指定口座へお振込みいたします。

※保険給付決定支払通知書は振込日に、被保険者（申請者）情報の委任選択欄で記入（希望）された所へ送付いたします。