

健康保険 本人・**家族** 出産育児一時金 申請書 **記入例**  
 出産育児付加金

※注意書を確認のうえ、必要書類を添付して申請してください。

被保険者証の記号及び番号	記号 〇〇△△	番号 □□××	事業所の名称	●●●証券株式会社		
被保険者氏名	健保 太郎			電話番号	□□□ - ××〇〇 - △△△△	
住所	〒 〇〇〇 - △△□□ ×××			都・道 府 <b>県</b>	△△△市〇〇〇町×丁△番〇号	
	□□□マンション〇〇〇号室					
振込希望の金融機関 (被保険者本人名義の口座)						
健康	銀行	銀行コード	1 2 3 4	保険	支店	店番
						5 6 7
預金種別	普通・当座・貯蓄	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	口座名義 (カタカナ)	ケンポ タロウ	
出産年月日	令和 × 年 ○ 月 △ 日	出生児数	単胎・多胎 ( 児 )	生産・死産の別	生産・死産 (妊娠 週)	
出産した方の氏名・生年月日	健保 花子			昭 平 成	○ 年 × 月 △ 日	
分娩日から遡って6ヶ月以内の健康保険加入状況 (出産した方が本申請に使用する記号・番号 <b>以外</b> の資格を持っていた期間がある場合に記入)						
健康保険名称	健康保険証の記号・番号		記号		資格の種類 本人・家族	

※直接支払制度をご利用の場合には、下記証明欄に証明を受ける必要はありません。但し、死産の場合は医師・助産師の証明が必要です。

証 明 欄	医師・助産師による証明					
	<table border="1"> <tr> <td>出生年月日</td> <td>出生</td> <td>生産</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <b>直接支払制度を利用していない場合、もしくは死産の場合には                      この欄に、医師・助産師又は市区町村長の証明を受けてください。</b> </td> </tr> </table>	出生年月日	出生	生産	<b>直接支払制度を利用していない場合、もしくは死産の場合には                      この欄に、医師・助産師又は市区町村長の証明を受けてください。</b>	
出生年月日	出生	生産				
<b>直接支払制度を利用していない場合、もしくは死産の場合には                      この欄に、医師・助産師又は市区町村長の証明を受けてください。</b>						

代理人に給付金の受領を委任するとき	上記の給付金の受領について、以下の代理人に依頼します。	令和 年 月 日
	申請者 住所	氏名
	代理人 住所	氏名

※代理人に受領の委任をする場合、「振込希望の金融機関」欄には代理人名義の口座を記入してください。

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。なお、マイナンバーを記載した申請書を事業主経由で提出する場合、「委任状などの代理権が確認できる書類」、「代理人の身元確認書類」などの添付が必要となります。

受付印

備考欄	
-----	--

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--