

届書コード		
6	3	A

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金支給申請書

◎「※」印欄は記入方法及び添付書類等については、別紙「記入例」「添付書類について」を確認してください。

㉞ 被保険者証の記号・番号				㉟ 被保険者の生年月日				届書種別	受付年度	通 番			グループ
				5:昭和 7:平成	年	月	日	04	平成	※	年	※	※
㉞ 被保険者(申請者)の氏名と印		(フリガナ)		㉟ 事業所の名称		所在地							
㉞ 被保険者(申請者)の住所		郵便番号	(フリガナ)		都道府県		電話 ()						
[受取人情報] / [被保険者情報]													
被扶養者が出産したための申請であるときは、その方の				㉞ 被扶養者の氏名				㉟ 被扶養者の生年月日				被扶養者番号	
								昭和 平成				年 月 日	※
㉞ 出産した年月日			㉞ 出生児数		㉟ 死産児数		㉞ 妊娠経過期間		㉞ 法第3条第2項被保険者として支給を受けた場合はその額(調整減額)				
平成 年 月 日			人		人		週		円				
㉞ 出生児の氏名				㉞ 被保険者と出生児の続柄		㉞ 出産した医療機関等							
(フリガナ)						名称							
						所在地		電話 ()					
申(本人)者 申(家族)者	㉞ 今回の申請は、退職等により、全国健康保険協会管掌健康保険の被保険者資格の喪失後、6ヵ月以内に出産したことによる申請ですか。							<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ			
	㉞ 上記㉞で、「はい」と答えた場合、資格喪失後、家族の被扶養者になっていますか。							<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ			
	㉞ 上記㉞で、「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入している健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。							保険者名					
								記号・番号					
申(本人)者 申(家族)者	㉞ 今回の申請は、家族が被扶養者認定後、6ヵ月以内に出産したことによる申請ですか。							<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ			
	㉞ 上記㉞で、「はい」と答えた場合、家族が被扶養者の認定を受けた要因は退職等により、健康保険の資格を喪失したことによるものですか。							<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ			
	㉞ 上記㉞で、「はい」と答えた場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。							保険者名					
							記号・番号						
請求年月日	特別コード	不支給理由	106条	貸付/代理表示	貸付金額	産科医療補償制度	法定支給額	支払方法	受取人住所区分				
平成 ※年 月 日		※	※	※	円	※	円	※	※				
		0:非該当 1:該当		0:なし 1:貸付有り 2:代理有り		0:未加入 1:加入		2:個人払い 3:その他	0:本人 1:代理人				

医師・助産師または市区町村長が証明するところ	出 産 者 氏 名		出 産 年 月 日		平成 年 月 日	
	出 生 児 の 数		単胎・多胎 (児)		生産または死産の別	
					生産・死産 (妊娠 週)	
	上記のとおり相違ないことを証明する。平成 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	
					㉞	
本 籍	筆頭者氏名					
母の氏名	出生児氏名	出生年月日	平成 年 月 日			
上記のとおり相違ないことを証明する。平成 年 月 日						
市区町村長名						
㉞						

右面に振込希望口座記入欄があります。必ず記入してください。

全国健康保険協会

振 込 希 望 口 座	1 金融機関											
	金融機関コード					②					銀行 金庫 信組	店・本店 支店・出張所
	※										信連・信漁連 農協・漁協	本所・支所 本店・支店
	③		口座番号								口座名義	(フリガナ)
預金 種別	1:普通 2:当座 3:別段		4:通知 5:貯蓄									

給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。										平成	年	月	日	
	被保険者 (申請者) 住所 氏名										④				
	代理人の 氏名と印		(フリガナ)					委任者と 代理人 との関係							
代理人の 住所		(〒 -)										電話 ()			

社会保険労務士の 提出代行者印		⑤
--------------------	--	---

平成 年 月 日提出

受付日付印