

提出日 令和 元年 12月 1日

課長	担当

出産育児一時金(被保険者) 支給申請書

家族出産育児一時金(被扶養者)

支給決定額 _____円

記号	番号	被保険者氏名	分娩した者の氏名	分娩した者の生年月日
8	1234	健保 太郎	健保 花子	平成 令和 2年1月1日
事業所の名称	〇〇株式会社			
分娩年月日	平成・令和 元年 5月 1日	死産のときはその旨		
分娩した医療機関の	所在地	愛媛県四国中央市〇〇町1-2-3		
	名称	〇〇〇〇病院		
出生児の氏名	(フリガナ)	ケンボ アイコ		
		健保 愛子		
資格喪失後の本人(被保険者)が申請の場合	入社年月日	平成 年 月 日	退職年月日	平成 年 月 日
	※①退職後に加入した保険者名	(保険者) 国保、任継、(夫の)被扶養者、政管健保 (名称) (TEL)		
家族(被扶養者)が出産6ヶ月以内に勤務していた場合	※②当時の勤務先と保険者名	(会社名) (TEL)		(TEL)
		(保険者名) (TEL)	退職年月日 平成・令和 年 月 日	
※①又は②の保険者に出産育児一時金を請求していますか。		<input type="checkbox"/> 請求している		<input type="checkbox"/> 請求していない
上記により請求いたします。 〒 799-0101 被保険者住所 愛媛県四国中央市〇〇町1-2 氏名 健保 太郎		(委任の場合) _____を代理人と定め、 出産育児一時金の受取方を委任します。 受任者住所 〒 _____ 氏名 _____ 印		
振込先金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	被保険者名(口座名義)
ふりがな 伊予 銀行 金庫 農協	ふりがな しましてん 三島支店	1. 普通 2. 当座	1 2 3 4 5 6 7	ふりがな けんぼ たろう 健保 太郎

医師 の 又 証 は 明 助 欄 産	分娩年月日	年 月 日	生産死別の別	生産・死産(妊娠 ヵ月)
	出生児の数	単児・多児(児)		
	年 月 日 上記の通り相違ないことを証明する。 所在地 _____ 医師又は助産師名 _____			

病院側で証明

事 証 業 明 主 欄	本申請書の内容を確認し、上記の通り相違ないことを証明します。	事業主の住所、名称、氏名及び印 会社・社労士側で証明
----------------------------	--------------------------------	-------------------------------

添付書類：分娩に要した費用の領収書のコピー

大王製紙健康保険組合