健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

※ 申請書は、被保険者の自書にてお願いします。

被保険者等が記入するところ

被保険者証の記号・番号	被保険者の生年月日	年 月 日
―	昭和 平成 年 月 日	

被保険者等（申請者）の氏名	（フリガナ） ㊞	事業所の名称	
		事業所の所在地	
被保険者等（申請者）の住所	郵便番号 ―	（フリガナ）	

被扶養者が出産したための申請である時は、その方の	被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日 昭和 平成 年 月 日	電話 （ ）

出生児の氏名	（フリガナ）	被保険者と出生児の続柄		出産した年月日	出生児数	死産児数	妊娠経過期間
				元号 年 月 日			週

出産した医療機関等	名称	
	所在地	電話 （ ）
出生児が被扶養者でないときはその理由	1. 夫の被扶養者にする 2. その他 （ ）	

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		生産年月日	平成 令和 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。 令和 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 ㊞

本籍				筆頭者氏名	
母の氏名		出生児氏名		出生年月日	平成 令和 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日

市区町村長名 ㊞

給付金に関する受領を代理人に委任する場合に記入してください。

金額の受領を委任するときに記入

本申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。

令和 年 月 日 被保険者（申請者）氏名 ㊞

委任された者の事業所名

住所 委任者と代理人との関係

氏名・印 ㊞

上記金額正に受領いたしました。 令和 年 月 日

住所

氏名 ㊞

名古屋木材健康保険組合

※ 訂正をする場合、訂正印として申請者印と同じ印を押印してください。

※ 被保険者（請求者）本人への送金を希望される場合は、別途「保険給付金個人振込銀行口座指定届」の届出が必要となりますので、当健保組合までご連絡ください。

受付日付印

被保険者のマイナンバー記載欄	

※ 被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。（マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認（通知カードの写し等）」、「本人確認（運転免許証の写し等）」をするための添付書類が必要です。）

社会保険労務士の提出代行者印		㊞

※ 添付書類

・直接払制度合意書のコピー

・出産に要した費用の領収書のコピー