

注意 ●消えない黒のボールペン等で記入 ●該当する□に✓を記入 ●訂正の場合は二重線および押印必要
●記入漏れがある場合、支給が遅れる場合あり

被保険者(申請者)情報
被保険者等記号番号 記号 番号 従業員番号
事業所 会社名称 所属部署
氏名 (フリガナ) 確認欄
生年月日 昭和/平成 年 月 日 電話番号
住所 (〒 -) 都道府

申請内容
1 出産した方 □被保険者 □家族(被扶養者)
家族の場合はその方の氏名 生年月日 昭和/平成 年 月 日
2 出産した年月日 令和 年 月 日
3 生産または死産の別 □生産 □死産 □生産・死産混在
「生産」の場合 出生人数 人 「死産」の場合 死産児数 人 「死産」の場合 妊娠経過期間 満 週
5 出産した医療機関等の名称 所在地
6 ①被保険者が出産した場合で退職後6カ月以内の出産か □いいえ
②家族(被扶養者)が出産した場合で6カ月以内に被保険者として健康保険の資格があるか □はい
「はい」の場合 右記記入
①現在加入している保険者名称等
②以前加入していた保険者名称等
記号・番号
同一出産について、上記健康保険より出産育児一時金を受給しているか □受給している・受給予定 □受給しない

受取方法
1 □ 被保険者等の記号が以下事業所の方 1211、1213、1217、1230、1234、1236、1240
2 □ 被保険者等の記号1219の任意継続の方 → 登録口座へ振込み
3 □ 1、2以外の方 → 指定口座(被保険者名義)に振込み
3.を選択した場合、右記a、bどちらか記入
指定口座
a. マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します
b. 以下指定口座への振込を希望します
金融機関名称 銀行 金庫 信組 本店 支店
農協 漁協 本所 支所
その他() 支店コード() 出張所
預金種別 □普通 □当座 □口座番号
口座名義

※「受取方法」の1に該当する方は、原則事業主へ委任払いとしておりますが、やむを得ない事情があり個人口座への振込みを希望する場合は振込先指定口座記入

証明欄(いずれかにご記入ください)
医師・助産師の場合
出産者氏名 出産年月日 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)
市区町村長による証明の場合
本籍 筆頭者氏名
母の氏名 出生児氏名 出産年月日 令和 年 月 日

マイナンバーでの申請を希望する場合は日野健保までご連絡ください。

受付印 支払印