

記入例

保険

被保険者
家族

出産育児一時金請求

- ・直接支払制度を利用される場合、当請求は不要です。
- ・受取代理制度を利用される場合、医療機関等より受け取った申請書を提出ください。

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 ●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	1 2 * *	番号	* * * * *	従業員 番号	※事業主から指示があった場合のみ記入				
	事業所	会社 名称	〇〇〇〇(株)		所属 部署	〇〇工場 〇〇部					
	氏名	(フリガナ)	ケンコウ タロウ		確認欄	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである					
			健康 太郎		☒	①申請者本人（被保険者）が作成したものである ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している					
	生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成	1	年	10	月	10	日	電話番号 (日中の連絡先)	()	
申請内容	住所	(〒 191 - * * * *)	東京 都 道 府 日野市〇〇1-1 △△マンション101								
	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	健康 花子		生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成	2	年	2	月	2	日
	2 出産した年月日	令和 2 年 1 月 1 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	2		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	〇〇総合病院		所在地	東京都日野市△△2-2							
受取方法	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		〇〇健康保険組合				
					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 ➡本申請に基づく給付金に関する受領を 事業主へ委任※1（事業主経由で支給）									
	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 注）口座情報の反映には登録から数日を要します							
				☐ 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 農協 漁協 その他 ()		本店 支店 本所 支所 出張所			
				預金種別		☐ 普通 ☐ 当座		口座番号			
				口座名義		▼カタカナ(姓と名の間は1マス開けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字として記入)					

※「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・助産師による証明の場合	出産者氏名	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（生産のみ）	上記のとおり相違ないことを証明する。		医療施設の所在地		医療施設の名称		医師・助産師の氏名	
		「医師・助産師による証明」または「市区町村長による証明」を依頼してください。		筆頭者氏名					
		母の氏名	出生児氏名	出生年月日	令和 年 月 日				
		上記のとおり相違ないことを証明する。		市区町村長名					

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