

健康保険

被保険者
家族出産育児一時金 支給申請書
(受取代理用)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	歳	
	被保険者の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)						
	住所	(〒	—)	都	道	府	県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()					

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※退職者も必ず署名してください。	令和	年	月	日
	氏名					

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行	金庫	信組	本店	支店
		農協	漁協	出張所		
		その他 ()	本所	支所	
預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通	<input type="checkbox"/> 3. 別段	口座番号	<input type="text"/>	右づめでご記入ください。	
	<input type="checkbox"/> 2. 当座	<input type="checkbox"/> 4. 通知				
口座名義	▼カタカナ (姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)					
	<input type="text"/>					

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印



健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

(受取代理用)

1

2

被保険者(申請者)
・医師・助産師記入用

申請内容	1 出産予定者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)				
	1 - ① 出産予定者の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月 日
	2 出産予定年月日	令和	年	月	日	
	3 出産児の予定数	<input type="checkbox"/> 1. 単胎 2. 多胎(児)				
4 出産予定者は	●被保険者 → 退職後6ヵ月以内の出産ですか。 ●家 族 → 当組合に加入後6ヵ月以内の出産ですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ				
4 - ①	「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 ●被保険者 → 現在加入している保険者について ●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について		保険者名			
			記号・番号			

受取代理人の欄	<p>甲(被保険者)は、医療機関等である乙を代理人と定め、次の権限を委任します。 また、甲は、出産育児一時金の医療機関等への直接支払制度は利用しません。 甲が請求する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額※の受領に関すること。 ※上限50万円(産科医療保障制度対象の出産でない場合は48万8千円)</p>					
	甲(被保険者)	住所	氏名	令和	年	月 日
振込先	乙(代理人) (所在地及び名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印願います。)					
	所在地	医療機関の名称	医師・助産師の氏名	電話	()	
	金融機関	支店	預金種別	1. 普通	2. 当座	3. 別段
	口座番号	口座名義(かたナ)				



健康保険 被保険者
家族 出産育児一時金 支給申請書
(受取代理用)

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	11	番号	123456	生年月日	年	月	日	
	被保険者の (右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和	4	7	5	33 歳
					<input checked="" type="checkbox"/> 平成				
	氏名	(フリガナ) ケンポ リョウコ 健保 亮子							
住所	(〒 ○○○ - ○○○○)				△△ 都道 府県	△△市△△番△△号 △△△マンション601			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 070 (0000) 1111								

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※退職者も必ず署名してください。	令和 7 年 9 月 7 日
	氏名	健保 亮子	

振込先指定口座	金融機関 名称	○○○	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	×××	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	123456	右づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ (姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)			

ケンホ°	リョウコ								
------	------	--	--	--	--	--	--	--	--

「申請者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印



健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書
(受取代理用)

1

2

被保険者(申請者)
・医師・助産師記入用

申請内容	1 出産予定者	1	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	
	1 - ① 出産予定者の	氏名	健保 亮子	
		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 4 年 7 月 5 日	
	2 出産予定年月日	令和	7 年 11 月 1 日	
	3 出産児の予定数	1	1. 単胎 2. 多胎(児)	
	4 出産予定者は	●被保険者 → 退職後6ヵ月以内の出産ですか。 ●家 族 → 当組合に加入後6ヵ月以内の出産ですか。	2	1. はい 2. いいえ
	4 - ① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 ●被保険者 → 現在加入している保険者について ●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について	保険者名		
		記号・番号		

甲(被保険者)は、医療機関等である乙を代理人と定め、次の権限を委任します。

受取代理人の欄

医師・助産師記入欄

※被保険者は記入しないでください。
※医師・助産師に記入を依頼してください。

折込先

(カカナ)

