

被保険者(申請者)情報	被保険者の (右づめ)	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	生年月日 年 月 日	歳
	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」欄に日付を記入のうえ署名してください。

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(予定)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	退職(予定)者又は法定相続人の方が申請する場合はご記入ください。		
	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 <input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号 <input type="text"/>	右づめでご記入ください。

▼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。)

口座名義	<input type="text"/>
------	----------------------

「申請者・医師・助産師・事業主記入用」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・事業主記入用

申請内容
1 出産予定者
1-1 出産予定者の氏名 生年月日
2 出産予定年月日
3 出産児の予定数
4 出産予定者は
4-1 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。

受取代理人の欄
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。
甲(被保険者) 住所 氏名
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
振込先 金融機関 支店 口座番号
預金種別 1. 普通 2. 当座 3. 別段

事業主記入欄
上記のとおり相違ありません。
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

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	(〒	〇〇〇	-	〇〇〇〇)	△△	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」欄に日付を記入のうえ署名してください。									

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(予定)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	退職(予定)者又は法定相続人の方が申請する場合はご記入ください。									
	金融機関 名称	〇〇〇	銀行	金庫	信組	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。)									
	ケンポ	リョウコ								

「申請者・医師・助産師・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印



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、医療機関等であるを代理人と定め、次の権限を委任します。

受取代理人の欄

振込先

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。

(カタカナ)

事業主記入欄

上記のとおり相違ありません。

事業主記入欄

※被保険者は記入しないでください。

社会保険
提出代