

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ <b>健保太郎</b>	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/>
	住所	(〒 1 2 3 - 4 5 6 7 ) <b>東京</b> <input checked="" type="radio"/> 都 <input type="radio"/> 道 <input type="radio"/> 府 <input type="radio"/> 県	<b>中央区築地9-9-9 □□マンション503</b>		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL <b>090 ( 1234 ) 5678</b>				
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)					

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> 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。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。</small>				
	金融機関 名称	<b>三井住友</b> <small>※阪和興業社員は口座記入不要</small>			<input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 金庫 <input type="radio"/> 信組 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 漁協 その他 ( )
	預金種別	<b>普通</b>	口座番号	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/>	左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。)			口座名義の区分	<input checked="" type="radio"/> 1 申請者 <input type="radio"/> 2 代理人
<b>阪和興業社員は口座の記載は不要です。(給与とともに阪和興業から振込まれます)</b>					

「2」の場合は必ず記入・押印

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。				令和 年 月 日
	被保険者 (申請者)	氏名・印	<input type="text"/>	住所	「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	住所	(〒 - ) TEL ( )	委任者と代理人との関係	
		氏名・印	(フリガナ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**記入不要**

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です  
 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

健康保険 被保険者  
家 族

## 出産育児一時金・付加金

支給申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

健 保 太 郎

申請内容	1 出産した者	1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）	
	1 - ① 家族の場合はその方の	氏名 健保 花子	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 3 年 4 月 10 日
	2 出産した年月日	令和 4 5 年 4 月 1 0 日	
	3 生産または死産の別	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在	
	3 - ① 「生産」の場合出生人数	1 人	3 - ② 「死産」の場合死産児数 <input type="checkbox"/> 人
4 出産した医療機関等	名称 阪和産婦人科クリニック	所在地 大阪市中央区〇〇町1-1-1	
5 出産した方	●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。	1. はい 2. いいえ	
5 - 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 全国健康保険協会 〇〇支部	記号・番号 36057000 - 32	
5 - ① - (1) 同一の出産について、5 - ①の保険者より出産育児一時金を	1. 受けた／受ける予定 2. 受けない		

証明欄 (いずれかにご記入ください)	医師 助産師による	出生者氏名	出生年月日	令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → ( ) 児	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 週)
	医療施設の所在地 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 医師 又は 市区町村の署名をもらってください 医療施設の名称 医師・助産師の氏名			
証明の場合 (生産のみ)	本籍	筆頭者 氏名	出生年月日	
	母の氏名	出生児 氏名	令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 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			