

※	同 年 月 日	令和 年 月 日	決 裁	常務理事	事務長	記入例
支 払 給	支 払 年 月 日	令和 年 月 日	資 格			
決 議 書	支 給 額		得 喪	年 月 日	療 養	

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給請求書

被保険者証の記号・番号(左詰め)	⑦ 生 年 月 日	被扶養者番号	給付記録番号	受取代理人	受付年月日
4 3 2 1 5 9 7 8 9 0 0	昭 平 令 5 7 0 9 0 8			0:無 1:有	
①被保険者の(申請者)氏名	(フリガナ) ケンポ (フリガナ) タロウ	事業所の名称	(会社名)		
(氏) 健保 (名) 太郎		事業所の所在地	(会社の住所)		
被保険者の(申請者)住所	郵便番号 100-0000 (フリガナ) トウキョウトチュウオウクマルマル	電話番号 03-xxxx-xxxx	住所	東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101	
被扶養者が出産したための申請であるときは、その者の	氏名 健保 花子	生年月日	昭和 平成 令和	62 年 9 月 18 日生	
出産した年月日	令和 0 2 0 5 0 1	出産児数	死産児数	死産のときはその旨	妊娠経過期間 力月 週
⑨ 出生児の氏名	(フリガナ) ケンポ タイチ	被保険者と出生児の続柄	長男		
健保 太一					

◎記入の方法は記入例がありますからよく読んでください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。
<input checked="" type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。
	②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認したものである。

【重要】
必ず☑をお願いします。
押印に変わる重要事項となります。

【訂正方法】
●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。
例：~~あいうえお~~ かきくけこ(健保太郎)

【重要】
市区町村の証明印は省略できませんので、必ず押印もらってください。

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ	出生届出日	出生児氏名	筆頭者氏名	出生届出日
市区町村長名	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日

支 払 区 分	1:銀行振込 2:事業所経由 3:公金受取口座利用(以下記入不要)	本店
口 座 番 号		
口 座 名 義		
本請求に基づく給付金に関する受領者	原則、お勤め中の方は、2.事業所経由(銀行等記入不要)になります。任継の方は、1.銀行振込(任継取得時にご記入の受取銀行口座/銀行等記入不要)となります。※退職者のみ銀行名等詳細記入必須。★公金受取口座の利用制度詳細は、当健保HPお知らせをご覧ください。	
被保険者(申請者)住所氏名		
代理人のフリガナ氏名		
代理人	お勤め中の方は、事業主経由になります。事業主の代理人記入は不要です。	
社会保険労務士の提出日		

記入上の注意1(被保険者が記入するところ)

1. 標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方をマル(○)で囲んでください。
2. ㊦の欄は、該当する番号をマル(○)で囲んでください。
3. ㊧の欄は、押印は不要です。**※押印に変わる重要事項として、必ず確認欄に☑をお願いします。**
4. 字句を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。
5. 給付決定に際して、当健保組合より内容確認の連絡をさせていただくこともございます。

記入上の注意2(医師・助産婦又は市区町村長が証明するところ)**※市区町村の押印は省略できません。**

1. 生産の場合は、「医師・助産婦又は市区町村長が証明するところ」の欄に、医師、助産婦、または市区町村長の証明のいずれかを受けてください。
2. 死産の場合は㊨の欄は記入せず、「医師・助産婦又は市区町村長が証明するところ」の欄に医師から妊娠何ヶ月目の死産であるかをかつこ内に書き入れてもらってください。

記入上の注意 3(支払金融機関の欄・受取代理人の欄)

1. 支払区分の欄は、該当する番号をマル(○)で囲んでください。

支 払 区 分	内 容
1 銀 行 振 込	給付が決定した場合、指定の銀行の口座へ振込みます。
2 事業所経由	原則被保険者本人の在籍している事業所にまとめて送金しますので、事業所担当者より受取ってください。
3 公金受取口座	公金受取口座利用制度については、デジタル庁ホームページをご確認いただき、事前に登録が必要となります。

2. 給付金の受け取りを他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要事項を記入してください。また、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入してください。
3. 公金受取口座の利用について
 - 利用の際には、マイナポータルにおいて事前登録が必要です。
**※公金受取口座は、マイナポータルからいつでも変更が可能のため、預貯金口座の実在性の確認等が行われます。
登録した情報等の反映までに数日程度要することがあり、支給までに時間を要する場合があります。**
 - 当組合では、これまでどおり、原則として事業主へ送金。公金受取口座への送金を希望される方のみ、申請書類への意思表示が必要となります。

添付書類について

1. 医師・助産婦又は市区町村長の証明が受けられない場合は、下記の確認できる書類が必要となります。
 - (ア)戸籍謄(抄)本
 - (イ)戸籍事項記載証明書
 - (ウ)登録原票記載事項証明書
 - (エ)出生届受理証明書
 - (オ)母子手帳(原本を提示してください。確認後お返しします)
2. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。
(翻訳文には、翻訳者の住所および氏名を明記してください)