

健康保険

本人  
 家族

出産育児一時金支給申請書

健保事務担当者確認欄

確認欄 この申請書については、次の①又は②の要件を満たしたものです。

- ①申請者本人（被保険者）が作成したものです。  
ただし、医師等の意見欄および市区町村長の証明欄は除きます。
- 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ています。

記入例

令和 4 年 5 月 2 日 提出

①事業所名称	健保商事株式会社			②被保険者証 記号 - 番号	100 - 10
③被保険者氏名	健保 一郎	④生年月日	昭和・平成 5 5 年 1 月 1 日	⑤年齢	43 歳
⑥被扶養者の出産の場合はその方の 氏名・生年月日・年齢・続柄	氏名	健保 花子		続柄	妻
	生年月日	昭和・平成 元年 2 月 1 日	年齢	34 歳	
⑦出産した医療機関 等の名称及び住所	名称	医療法人〇〇会 水戸〇〇産婦人科医院			⑧出生児氏名
	住所	水戸市〇〇町〇〇番地〇号 ▲▲ビル 1 F			健保 太郎
⑨出産した年月日及び 生産死産の別	令和 5 年 4 月 3 日	生産・死産	⑩マル福 (公費)	該当 不該当・県外	

医師 (助産師) 又は 市区町村長 のいずれか 記入して 下さい。	⑪ 医師等 の証明欄	出産者名	健保 花子	出産年月日	2023年4月3日	生産死産の別 (死産の場合は 週数と日数を記 入して下さい。)	生産・死産 (満 週) ( 日)	
		出生児の数	単体・多胎 ( 児)					
	上記のとおり相違ないことを証明します。 2023年 4 月 10 日		(医療機関等) 住所 名称 医師・助産師の氏名	水戸市千波町〇〇番地〇〇号▲▲ビル 1 F 医療法人 水戸〇〇産婦人科医院 医師 茨城 太郎		(※) 医師(助産師)の捺印は省略できます。		
⑫ 市区町村長 の証明欄	本籍					筆頭者氏名		
	母の氏名	出生児氏名					生年月日	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日		市区町村長名					㊟

⑬ 給 付 金 振 込 先	公金受取口座(マイナポータル)	<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。	※公金受取口座または健保 組合登録口座のいずれかに印 して下さい。			
	健保組合登録口座	<input checked="" type="checkbox"/> 健保組合に登録している給付金受取口座を利用します。				
	受取代理人 の欄	被保険者 (申請者)	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			
		受取代理人	(氏名)	(住所)		
			受取代理人 住所・電話 氏名			
金融機関名称 及び預金種別			信連 農協 銀行	本店・支店	(普通・当座)	
口座番号	左づめでご記入下さい。					
(フリガナ) 名義人	(フリガナ)					

○被保険者のマイナンバー記入欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付印

(②の被保険者証記号番号を記入した場合は記入不要です。)

令和 5 年 5 月 改訂版

茨城県農協健康保険組合