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５５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○○会　水戸○○産婦人科医院		⑧出生児氏名	
	住所	水戸市○○町○○番地○号　▲▲ビル１Ｆ		健保　太朗	
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
			出生児の数	単体・多胎　（　児）	（満　週）（　日）
	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○○番地○○号▲▲ビル１Ｆ 医療法人　水戸○○産婦人科医院 医師　茨城　太朗 （※）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）	□ 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☑して下さい。
	健保組合登録口座	☑ 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 （氏名）　（住所）	
	受取代理人	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。
		（ﾌﾘｶﾞﾅ）名義人	（フリガナ）

○被保険者のマイナンバー記入欄

（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。）

受付印

令和５年５月改訂版

茨城県農協健康保険組合