

記入例

| | | | | | |
|----------------|-----------|----------|--------|------|-------|
| ※ 支給 決議書 | 同 年 月 日 | 令和 年 月 日 | 決 裁 | 常務理事 | 事務長 |
| | 支 払 年 月 日 | 令和 年 月 日 | | | |
| | 支 給 額 | | | | |
| 支給 内訳 | 法定 | | 資 格 | 得 | 年 月 日 |
| | 付加 | | | 喪 | 年 月 日 |

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) | 43215978900 | 生 年 月 日 | 昭和 57 年 09 月 08 日 | 被扶養者番号 | 給付記録番号 | 受取代理人 | 受付年月日 |
| ①被保険者の(申請者)氏名 | (フリガナ) ケンポ 健保 (氏) 健保 | (フリガナ) タロウ (名) 太郎 | 事業所の名称 (会社名) | 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 62 年 9 月 18 日生 | | | |
| 出産した年月日 | 令和 02 年 05 月 01 日 | 出産児数 | 1 人 | 死産児数 | | 死産のときはその旨 | |
| 出生児の氏名 | (フリガナ) ケンポ タイチ 健保 太一 | | | 被保険者と出生児の続柄 | | 長男 | |
| 法第3条第2項被保険者として支給を受けた場合はその額(調整減額) | 調整減額コード 海外表示 0:国内 1:海外 特別支給コード 備考 | | | | | | |
| 被保険者の出産育児一時金申請であるときは、夫の被保険者証の | | | | | | | |
| 記号番号 | 氏名 | 勤務先 | 保険者名 | | | | |
| (昭・平・令 年 月 日生) | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 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。 | | | | | | |
| 【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 | 出生した年月日 | 出生児(児)の氏名 | 出生した年月日 | 出生した市区町村 | | | |
| 上記の出生児の氏名 | 令和 年 月 日 | 出生児の氏名 | 令和 年 月 日 | 市区町村長名 | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明する | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | |
| 受取金融機関 | 支払区分 | 1:銀行振込 2:事業所経由 | 預金種別 | 振込銀行 | 本店支店出張所 | | |
| | 口座番号 | | 普通 | 銀行 | | | |
| | 口座名義 | | | | | | |
| 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します | | | | | | | |
| 被保険者(申請者)住所氏名 | 住所氏名 | | | | | | |
| 代理人の氏名 | フリガナ | | | | | | |
| 代理人住所 | 〒 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | |
| | 電話 () | | | | | | |
| 社会保険労務士の提出代行者名 | | | | | | | |

◎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。
◎添付書類等については記入例に掲載してあります。必ずご覧ください。

お勤め中の方は、事業所経由になります。任継の方は、被保険者名義の銀行口座を記入して下さい。

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っ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。 |

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。

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)