

被保険者
家族 出産育児一時金 支給申請書

1

2

ページ

被保険者記入用



加入者が出産し、医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用していない場合の出産費用の補助を受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者 (申請者)情報	被保険者 記号・番号	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日
	氏名 (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。		
	氏名	※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。 被保険者がお亡くなりになっている場合は、 相続人よりご申請ください。		
	郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめハイフン除く)		
	住所			

振込先 指定口座	振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。			
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	支店名	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
	預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)	

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

「被保険者・医師・助産師記入用」は2ページ目に続きます。

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

以下は、健保使用欄のため、記入しないでください。

健保 記入 欄	支給決定欄				常務理事	事務長	
	資格取得	年	月	日	出産 予定 日		
	資格喪失	年	月	日			
	支給期間	年	月	日	から	日	
	支給決定額	円				担当	担当
	支給内訳	日額	日数		円	遅れて出産	

受付日付印

(20241202)

1 / 2

