健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金申請書

静岡県西部機械工業健康保険組合

被保険者記入欄

出産した者の別	1. 被保険者　2. 家族(被扶養者)			
被保険者証の記号・番号	記号		事業所の名称	
	番号			
被保険者の氏名	フリガナ		被保険者の生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日
被保険者の住所	〒　－　　電話番号（　）　－			
家族が出産したとき	出産者氏名		生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日
出産年月日	令和　年　月　日	出生児数　人	死産児数　人	死産の場合、妊娠からの週数(日数)　満　週(　日)
出生児の氏名			被保険者からみた出生児との続柄	

＊被保険者だった方が退職後6か月以内に請求される場合は現在加入の保険者について記入してください。

＊家族が出産前6か月以内に被保険者であった場合は、当時加入の保険者について記入してください。

保険証記号番号	－
保険者名	
勤務先名	
勤務先所在地	

証明欄（いずれかにご記入ください）

医師・助産師による証明

出産者氏名		出産年月日	令和　年　月　日
出生児の数	単胎　・　多胎(　児)	生産または死産の別	生産　・　死産　満　週(　日)

上記のとおり相違ないことを証明する。
令和　年　月　日

医療施設の所在地
医療施設の名称
医師・助産師の氏名

市区町村長による証明

本籍		筆頭者氏名	
母の氏名		母の生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日
出生児氏名		出生年月日	令和　年　月　日

上記のとおり相違ないことを証明する。
令和　年　月　日

市区町村長名　　印

被保険者のマイナンバー欄
・被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

委任欄

令和　年　月　日

本申請に基づく給付金に関する受領を下記受領代理人に委任します。

委任者(申請者)氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受領代理人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和　年　月　日提出

受付日付印

※会社を退職した方が、直接給付金を受け取る場合に記入。(委任欄は不要)

振込口座記入欄

銀行 信用金庫 労働金庫 農協　本店 支店 支所

預金種別	1：普通　2：当座	口座名義	▽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。)
口座番号			

支払済印

社会保険労務士の提出代行者の印	