

健康保険

被保険者
被扶養者

出産育児一時金等支給申請書

【受取代理用】

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 2000	番号 〇〇〇〇	所属事業名 株式会社 セールスフォース・ジャパン
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎		生年月日 平成3年9月4日
	申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒 123-4567 東京都 〇〇区 ×× 1-2-3 電話 090 (△△△△) ××××		
	メールアドレス	◆◆◆◆@××.co.jp		

申請内容	出産予定者 (該当に○)	本人(被保険者) ・ 家族(被扶養者)	出産予定者 氏 名	健保 花子
	出産予定日 及び胎児数	令和5年8月9日 単胎 ・ 多胎 (児)	出産予定者 の生年月日	平成2年3月15日
	出産予定の 医療機関名称	×××産婦人科クリニック	出産予定の 医療機関住所	△△県◆◆市4-5-6
	■ 下記に該当する場合に記入 1. 被保険者が退職後6か月以内の出産→ 現在加入している保険者名・記号番号 等 2. 被扶養者が認定後6か月以内の出産→ 以前加入していた保険者名・記号番号 等		保険者名	該当者のみ 記入してください。
			電話	
		記号		

※給与口座以外の口座へお振込み希望の場合は下記にご記入ください。

振込先情報	金融機関コード	〇〇〇		支店コード	×××	
	金融機関名称	△△△		銀行	〇〇	本店 支店
	預金種別	普通 当座 その他 ()	口座番号	1234567	口座名義 (カタカナ)	ケンボ タロウ

備考	■ 申請書の受付は出産予定日の2か月前からになります。
	■ 母子手帳の出産予定日が分かる部分のコピーまたは出産予定日を証明する書類を添付してください。

受取代理人の欄	申請者 () また、甲は、出 する費用の額 ※出産育児一時金 令和 年	この欄は、分娩予定の医療機関に記入を依頼してください。				
	金融機関					普通 ・ 当座 他 ()
	口座番					(カタカナ)

備考	個人番号 (被保険者等記号番号を記入した場合は記入不要)
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点

受付日付印