被保険者
家　族　出産育児一時金支給申請書

〔被保険者(申請者)が記入するところ〕

被保険者等記号・番号		被保険者(申請者)の氏名	生年月日
記号	番号		昭和・平成 年　月　日
被保険者(申請者)の住所	〒　－		☎　－　－ 携帯　－　－
事業所名称			

出産したのは、被保険者・家族(被扶養者)のどちらですか？			1. 被保険者　2. 家族(被扶養者)		
家族の場合、その方の	氏名		続柄		生年月日　昭和・平成　年　月　日

出産した年月日	令和　年　月　日		
生産または死産の別	1. 生産　2. 死産		
生産の場合、出生児数	人	死産の場合、死産児数および妊娠経過期間	人・満　週
出産した医療機関等の	所在地		
	名称	☎　－　－	

被保険者が、退職後6ヶ月以内に出産した場合、現在加入している健康保険の 被扶養者になってから6ヶ月以内に出産した場合、その前に加入していた健康保険の	保険者名	被保険者等記号・番号

〔医師・助産師、または市区町村長が証明するところ〕

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

うえのとおり相違ありません。　令和　年　月　日

医療施設所在地

医療施設名称

医師・助産師の氏名

☎　－　－

市区町村長名　㊞

〔保険給付金振込先〕(①と②のいずれかに☑してください)　令和　年　月　日提出

① ☐ マイナポータル等で登録した「公金受取口座」への振込を希望します。

② ☐ 下の欄に記入した口座への振込を希望します。

／受付日付印＼

金融機関名		・銀行・金庫・信組	・支店・出張所
口座番号			・普通・当座
口座名義	(フリガナ)		

※ 振込先の口座名義を被保険者(申請者)以外の方とする場合には、委任状を添付してください。

＊記入に際しての留意事項及び添付していただく書類については裏面をご覧ください。

東京中央卸売市場健康保険組合

6.12改