

健康保険 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

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (左づめ)			<input type="checkbox"/> 1.昭和 2.平成 3.令和		
	氏名	(フリガナ)				
住所	〒		都 道 府 県			
電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く	TEL					

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号		左づめでご記入ください。
	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。)		口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

受取代理人の欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	年 月 日
	氏名		<input type="checkbox"/> 1.平成 2.令和
	住所	住所 「被保険者情報」の住所と同じ	
代理人 (口座名義人)	〒	TEL(ハイフン除く)	被保険者との 関係
	住所		
	(フリガナ)		
	氏名		

被保険者のマイナンバー記載欄

被保険者証の記号番号がご不明の場合にご記入ください。

記入した場合は、本人確認書類及び貼付台紙の添付が必要となります。
(詳細は「記入の手引き」をご覧ください。)

▶

「被保険者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	様式番号	協会使用欄
-----------------------	------	-------

6 2 1 1 6 8

1



全国健康保険協会
協会けんぽ

受付日付印

(2021.6)

健康保険 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・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

申請内容

① 出産した者 ☐ 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

①-① 家族の場合は
その方の

氏名

生年月日

☐ 1. 昭和
2. 平成
3. 令和

年 月 日

② 出産した年月日

☐ 1. 平成
2. 令和

年 月 日

③ 生産または死産の別

☐ 1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

③-① 「生産」の場合
出生児数

☐ 人

③-② 「死産」の場合
死産児数

☐ 人

③-②-① 「死産」の場合
妊娠からの
週数及び日数

満 週
() 日

④ 出生児の氏名

⑤ 出産した医療機関等

名称

所在地

⑥ 出産した方

- 被保険者 → 退職後6か月以内の出産ですか。
● 家族 → 協会けんぽに加入後6か月以内の出産ですか。

☐ 1. はい 2. いいえ

「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。

⑥-①

- 被保険者 → 現在加入している保険者について
● 家族 → 協会けんぽ加入前に加入していた
保険者について

保険者名

記号・番号

⑥-①-① 同一の出産について、
⑥-①の保険者より出産育児一時金を

☐ 1. 受けた/受ける予定 2. 受けない

証明欄(いずれかにご記入ください)

医師・助産師による
証明の場合

出産者氏名

出産年月日

☐ 1. 平成
2. 令和

年 月 日

出生児の数

☐ 1. 単胎 → (児)
2. 多胎

生産または死産の別

☐ 1. 生産
2. 死産

満 週
() 日

上記のとおり相違ないことを証明する。

医療施設の所在地

年 月 日
☐ 1. 平成
2. 令和

医療施設の名称

医師・助産師の氏名

市区町村長による
証明の場合(生産のみ)

本籍

筆頭者
氏名

母の氏名

出生児
氏名

出生
年月日

☐ 1. 平成
2. 令和

年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日
☐ 1. 平成
2. 令和

市区町村長名

印

様式番号

6 2 1 2 6 7



全国健康保険協会
協会けんぽ

2 / 2