

健康保険 被保険者  
家族 出産育児一時金内払金依頼書

被 保 険 者 情 報	①被保険者等	記号	番号	②生年月日	昭・平・令	年	月	日
	③氏名(申請者)	(フリガナ)						
	④住所(申請者)	〒	—	都・道 府・県				
	⑤電話番号 (日中の連絡先)	( )						
	⑥事業所名称				⑦被保険者の 資格取得日	昭・平・令	年	月

申 請 内 容	⑧出産した方 (どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)									
	⑨家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日	続柄( )				
	⑩出産した年月日	平・令	年	月	日	生産児数	人	死産児数	人	死産のとき (妊娠経過期間)	か月	週
	⑪出産した医療機関等	名称	所在地									

委 任 状	在籍者の方は委任 状が必要です。	⑫被保険者 (申請者)	本申請の提出を事業主へ依頼し、給付金の受領は受任者に委任します。	令和	年	月	日
		⑬受任者 (事業所)	氏名	氏名	受任者氏名は当健康保険組合に提 出している給付金振込依頼書と同一 にしてください。		

⑭備考	
-----	--

受付日付印

⑮社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
------------------------	--