

被保険者(申請者)が記入するところ	①被保険者証の 記号・番号	記号		②被保険者氏名 (申請者)							
		番号									
	③被保険者(申請者) 住所・電話番号	〒 ー TEL ()									
	④被保険者生年月日	昭和・平成	年	月	日	⑤所属会社名					
	⑥出産した方	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族) →被扶養者の氏名・生年月日を下記へ記入して下さい									
		被扶養者氏名		被扶養者 生年月日	昭和・平成	年	月	日			
	⑦出産年月日	令和	年	月	日						
	⑧生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産	<input type="checkbox"/> 死産	<input type="checkbox"/> 混在	生産 児数	人	死産 児数	人	死産の場合 妊娠経過期間	妊娠	週
	⑨備考										

給付金受取先	⑩委任状	被保険者 (申請者)	この申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 <input type="checkbox"/> 在籍している事業所の事業主 →代理人欄、振込口座欄の記入は不要です <input type="checkbox"/> その他の受領代理人 →下記の代理人欄、振込口座欄を記入して下さい 氏名： _____ 住所：「被保険者(申請者)住所」欄と同じ							
		代理人	氏名		電話番号					
		住所	〒 ー							
⑪振込口座	銀行・信組 金庫・農協		本店 支店		預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座				
	口座番号						口座名義	※カタカナで記入してください		

— 受付印 —

健保使用欄	受理決定日	年	月	日	支給額	円	常務理事	事務長	事務次長	事務次長	担当
	支払日	年	月	日							
	資格取得日	年	月	日	内 訳	一時金	円				
	資格喪失日	年	月	日							
	扶養認定日	年	月	日							