

資格情報のお知らせや  
資格確認書に記載されてい  
る記号・番号をご記入ください。

記入例

31-01

番号

1234

申請者(被保険者、  
世帯主又は組合員)

氏名

調布 太郎

住所

調布市小島町2-35-1

電話

042-481-7053

生年月日

H2 年 11 月 10 日

出産予定日・数

R8 年 2 月 1 日

単・多(胎)

出産予定者

氏名

調布 花子

生年月日

H3 年 5 月 10 日

出産予定  
医療機関等

名称

〇〇クリニック

所在地

東京都〇〇市〇〇1-2-3

申請者に対する  
支払金融機  
関

預金  
種別

1:普通  
2:当座  
3:別段

口座  
番号

1234567

口座  
名義

調布 太郎

申請者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険又は船員保険の資格を既に喪失している場合は、以下のい  
ずれかに記載をお願いします。

※ 健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出生された場合、  
資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。

申請者本人の退職等により、健康保険又は船員保険の被保険者  
資格喪失後、6か月以内に出生することによる申請である場合、資  
格喪失した最後の保険者と記号・番号

申請者  
による保

世帯主の名前を  
ご記入ください。

令和7 年 12 月 2 日

甲の住所

調布市小島町2-35

氏名

調布 太郎

乙の所在地

東京都〇〇市〇〇1-2-3

名称

〇〇クリニック

電話

〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇  
〇〇〇

医療機関の口座を  
ご記入ください。

種別

1:普通  
2:当座  
3:別段

口座  
番号

9999999

口座  
名義

〇〇クリニック

(備考欄)