健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 差額申請書

被保険者記入用

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ご記入ください。

被保険者情報			
被保険者の（左づめ）	記号	番号	生年月日 1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日
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	1.普通 2.当座	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。）			

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付日付印

埼玉県金属加工健康保険組合

2026.2改