

健康保険

被保険者
被扶養者

出産育児一時金支給申請書

【直接支払制度利用なし または 海外で出産した場合】

被保険者情報	被保険者等 記号番号	記号	番号	所属事業所 及び部署名	電話(内線)		
	氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成	年	月 日
	申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒 電話 ()					
	社員番号			メールアドレス			

申請内容	出産した方 (該当に○)	本人(被保険者)・家族(被扶養者)		出産した 方の氏名				
	出産した 年月日	令和	年	月	日	出産した方 の生年月日	昭和 平成	年 月 日
	生産または死産の別 (該当に○)	生産・死産・生産、死産混在		生産 児数	人	死産 児数	人	死産の時は 妊娠経過期間 満 () 週 () 日
	出生児の氏名			被保険者と 出生児の続柄				出産児は 被扶養者か はい いいえ
	出産した 医療機関名称			出産した 医療機関住所				
	■ 下記に該当する場合に記入 1. 被保険者が退職後6か月以内の出産→ 現在加入している保険者名・記号番号 等 2. 被扶養者が認定後6か月以内の出産→ 以前加入していた保険者名・記号番号 等				保険者名		電話 ()	
				記号-番号		-		

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日		
	被保険者(申請者)	氏 名	
	代理人 (実際に給付を受領する者)	氏 名	

振込先情報	金融機関コード			支店コード		
	金融機関名称	銀 行 本店 信用金庫 支店				
	預金種別	普通 口座番号 当座 ()	その他 ()	口座名義 (カタカナ)		

■ 証明欄(いずれか一方の証明を受けてください)

医師・助産師 ※	出産者氏名			出産年月日	令和 年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎(児)	生産または死産の別	生産・死産(妊娠第 月または満 週 日)	
	上記のとおり相違ないことを証明する 令和 年 月 日 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名				
	市区町村長 ※	本籍		筆頭者氏名	母の氏名
出生児氏名		出生年月日	令和 年 月 日		
上記のとおり相違ないことを証明する 令和 年 月 日 市区町村長名 印					

※医師・助産師、市区町村長の証明が受けられない場合は、出生証明書(写し)等の公的書類を添付してください。

備考	個人番号 (被保険者等記号番号を記入した場合は記入不要)	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	
添付書類	1. 医療機関等との合意文書の写し 2. 医療機関等が発行する領収書の写し ※海外で出産した場合は以下の書類を添付してください。 1. 出産した事実を証明する証明書 2. 出生証明書の日本語翻訳 3. 領収書の写し 4. 海外渡航期間がわかる書類(パスポート等)の写し 5. 海外の医療機関等に照会することの同意書	

受付日付印