

健康保険 被保険者 出産育児一時金支給申請書
家 族

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	—		事業所名		
	被保険者	氏名		生年月日		連絡先電話番号
				年 月 日		()
		住所				
	出産した方 <small>(被保険者が出産した 場合は記入不要)</small>	氏名		生年月日		被保険者との続柄
				年 月 日		
		扶養認定後6ヵ月以内の出産の場合は、それまで加入していた健康保険と加入期間 健康保険組合・全国健康保険協会 加入期間 約 年 ヵ月 国民健康保険・共 済 組 合				
	出生児	氏名		生年月日		被保険者との続柄
				年 月 日		
	受 取 方 法	【在籍中の方】 会社へ委任 してください	この給付金の受領を在籍している事業所に委任します。 被保険者氏名			
【退職後の方】 振込先を記入し てください (任継者は記入 不要。登録口座 へ振込)		銀行・信金 信組・農協	本店 支店	普通・その他()		
口座 番号			(フリガナ) 口座名義	()		

医 師 ・ 助 産 師 ま た は 市 区 町 村 長 の 証 明 欄	出産者氏名			出産年月日	年 月 日	
	出生児の数	単胎 ・ 多胎 (児)		生産・死産 の別	生産 (妊娠第 週) 死産 (妊娠第 週+ 日)	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日					
	医療機関の所在地 名 称 医師・助産師名 電話 ()					
	出産者 氏名		出生児 氏名		出生 年月日	年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日						
市区町村長名						

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

※年月日は元号でご記入ください。

【添付書類】

- 病院、診療所、助産所等が発行する領収明細書の写しを添付してください。
- 病院、診療所、助産所等と被保険者が締結した直接支払制度を利用していない旨記載された合意文書の写しを添付してください (海外で出産した場合は必要ありません)。
- 被保険者の資格喪失後の出産による場合は、出産日に加入している健康保険の被保険者証の写しを添付してください。