

記入例

直接支払制度・受取代理制度を利用されなかった方の申請書

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	9999 - 108		事業所名	〇〇株式会社	
	被保険者	氏名		生年月日		連絡先電話番号
		〇木 〇人		昭和 62 年 10 月 16 日		03 (3000) 0000
		住所				
	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都港区△町〇-〇-〇					
	出産した方 (被保険者が出産した 場合は記入不要)	氏名		生年月日		被保険者との続柄
		〇木 〇子		平成 2 年 7 月 12 日		妻
		扶養認定後 6 ヶ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				
	△×□ <small>健康保険組合・全国健康保険協会 国民健康保険 共済組合</small> 加入期間 約 2 年 6 ヶ月					
	出生児	氏名		生年月日		被保険者との続柄
〇木 〇太		令和 4 年 1 月 20 日		長男		
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 〇木 〇人				
	【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	〇木 〇子		出産年月日	令和 4 年 1 月 20 日		
	出生児の数	単胎 () ・ 多胎 ()		生産・死産 の別	生産 (妊娠第 40 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。					令和 4 年 1 月 22 日	
	医療機関の所在地	東京都大田区〇町〇-〇-〇					
	名称	△△産婦人科病院					
医師・助産師名	△島〇男					電話	03 (0000) 0000
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。