

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	被保険者証 の記号番号	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			保険者名		電話 ()				
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			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 信用金庫	本店 支店	
	預金種別	普通 他 当座 ()	口座番号		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 (被保険者証の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