

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 年 月 日 平成
	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 年 月 日 平成
	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
	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			保険者名	電話 ()
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			記号-番号	-	
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					

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

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	

※未記入の場合は給与口座へのお振込みとなります。

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 その他 () 当座		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 ㊟			

※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