

健康保険

被保険者
被扶養者

出産育児一時金・付加金支給申請書

【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	被保険者証等の記号番号	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
	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	死産 児数	人	死産の時は 妊娠経過期間 満 () 週 () 日
	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	

※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 其他 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 ⑩						

※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 (被保険者証等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