

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金支給申請書

医師・助産師または市区町村長のどちらか一方の証明を受けてください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号と番号		② 被保険者（請求者）の氏名 <small>(フリガナ)</small>		③ 生年月日 昭和 平成 年 月 日生		
	④ 被保険者の現住所		〒 電話番号				
	⑤ 勤務している又はしていた事業所の名称			⑥ 直接払い制度の利用の有無		有 ・ 無	
	⑦ 家族が出産したための申請であるときはその者の氏名			⑧ 生年月日		昭和 平成 年 月 日生	
	⑨ 出産した年月日		令和 年 月 日		⑩ 生産児数	⑪ 死産児数	⑫ 「死産」の場合 妊娠日数
	⑬ 出産した医療機関等の名称				⑭ 所在地		人 人 日

医 師 ・ 助 産 師 に よ る 証 明	⑮ 出産者氏名		⑯ 出産年月日		令和 年 月 日	
	⑰ 出産児数		単胎・多胎(児)		⑱ 生産または死産の別	
	⑲ 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日		医療施設の名称・所在地			
		医師・助産師名		電話番号		
市 区 町 村 長 に よ る 証 明	⑳ 本籍		㉑ 筆頭者氏名			
	㉒ 母の氏名		㉓ 出生児氏名		㉔ 出生年月日	
	令和 年 月 日		㉕ 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				

振 込 先 指 定 口 座	㉖ 公金受取口座 <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> を、利用しない場合は下記の欄をご記入ください。)					
	支店番号()		口座名義 <small>(カタカナで記入)</small>		預金種別	
	銀行 信用金庫 信用組合 農協		支店		1 : 普通 2 : 当座	
				口座番号		

*** 被保険者以外の口座に振込む場合は「委任状」が必要です。**

*** 医療機関等が発行した分娩時の領収書（分娩費用明細書）の写しを添付してください。**

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	
-------------------	--

(記入方法)

1. ①、⑤の欄は「健康保険の被保険者証」を見て記入してください。
2. ③・⑧の年号を○で囲んでください。
3. ⑱の欄の「死産」の文字が○で囲まれている場合は、妊娠何日の死産であるかを、() 内に書き入れてもらってください。
4. 医師・助産師または市区町村長が証明するところ (⑲または㉔の欄) は、どちらか一方で証明を受けてください。
5. 給付金の受領を他人に委任する場合は、委任状が必要になります。
6. 海外出産で証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。また、他に添付書類等が必要となりますので当健康保険組合にご連絡ください。

添付書類……出産された医療機関等が発行した分娩時の領収書（出産育児一時金明細書）の写し