

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

記入例

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号と番号 1 2 3 4 5 6		② 被保険者（請求者）の氏名 (フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎		③ 生 年 月 日 昭和 ○年 ○月 ○日生 平成	
	④ 被 保 険 者 の 現 住 所 〒 ○○○-×××× 東京都豊島区上池袋○-○-○		電話番号 ○○-××××-××××			
	⑤ 勤務している又はし ていた事業所の名称 ○×歯科医院		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 健保 花子		⑧ 生年月日		昭和 ○年 ○月 ○日生 平成	
	⑨ 出産した 年 月 日 令和 ○年 ○月 ○日		⑩ 生産児数 1 人	⑪ 死産児数 人	⑫ 「死産」の場合 妊 娠 日 数 日	
	⑬ 出産した医療機関 等 の 名 称 ○×産婦人科医院		⑭ 所在地		○×県○市○01-2-3	

医 師 ・ 助 産 師 に よ る 証 明	⑮ 出 産 者 氏 名 健保 花子		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 生産 ・ 死産 (妊娠 日)	
	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 〒○○○-×××× ○×県○市○01-2-3 ○×産婦人科医院 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	⑳ 公金受取口座 □ 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☑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 (カタカナで記入)		預金種別 1: 普通 2: 当座	
○×○×		銀行 信用金庫 信用組合 農 協		ケンボ タロウ		
		支店		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

受付日付印

添付してください。

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

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。