

健康保険 被保険者 出産育児一時金支給申請書
被扶養者

【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
	住所	〒			
	社内携帯番号	()	-	電話番号	() -

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	出産児は被扶養者か	はい いいえ	
	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	<input type="checkbox"/> 1. 生産 2. 死産 3. 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
	出産した医療機関名称			出産した医療機関住所			
	出産した方 ■本人(被保険者)が退職後6か月以内の出産ですか。 ■家族(被扶養者)が当組合に加入後6か月以内の出産ですか。				<input type="checkbox"/>	1. はい 2. いいえ	
	「はい」の場合、「保険者」と「記号番号」をご記入ください。 ■本人(被保険者):現在加入している保険者について ■家族(被扶養者):以前加入していた保険者について				① 保険者名 記号 - 番号	() - ()	
	■同一の出産について、①の保険者より出産一時金を				<input type="checkbox"/>	1. 受けた/受ける予定 2. 受けない	

■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 当座	その他 ()	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