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】

個人番号（被保険者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

被保険者情報

被保険者等の記号番号	記号 10	番号 1234	所属事業所及び部署名	○○株式会社●●●支店 電話（内線）03（1111）2222
氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日	昭和 ○○年 ○○月 ○○日
住所	〒 123-4567 東京都○○区○○町1-2-3			
社内携帯番号	（000）0000-0000		電話番号	（000）00-0000

健保事務処理センター（03-6709-8031）より申請書の不明な点についてお問い合わせをする場合がありますので日中つながる電話番号をご記入ください。

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	健保 花子	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 / 平成 ○○年 ○○月 ○○日		
生産または死産の別	1　1. 生産　2. 死産　3. 生産・死産混在	生産児数	1 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	○○産婦人科	出産した場所	愛知県名古屋市○○区○○町1-1-1		
出産した方			1　1. はい　2. いいえ		
「はい」の場		者名	●●健康保険組合		
■家族（被扶養者）：以前加入していた保険者について		記号 -番号	（ ○○ - ○○○○ ）		
■同一の出産について、❶の保険者より出産一時金を			2　1. 受けた/受ける予定　2. 受けない		

死産の場合は死産児数と妊娠からの週数と日数をそれぞれご記入ください。
例）妊娠からの日数が86日の場合「満12週（86）日」

■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	1234		支店コード	1234	
金融機関名称	●●		銀行 / 信用金庫	●●	本店 / 支店
預金種別	普通 / 当座 / その他（ ）	口座番号	123456	口座名義（カタカナ）	ケンポ タロウ

■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

この欄は、医療機関又は市区町村長に証明を依頼してください。

市区町村長 ※

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。

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