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】

※記入例を確認の上、ご記入ください。
※手書きの場合は、消えないボールペンでご記入ください。

被保険者情報	被保険者等 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 平成 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 平成 年 月 日					
	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			保険者名	電話 ()				
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			記号-番号	-					
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									

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	☐ ①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ←該当するものにチェック☑して下さい。	
	☐ ②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

振込先情報	金融機関名称	銀行		本店	支店番号
		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)				

備考	個人番号(被保険者等記号・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	☐ 公金受取口座を利用する場合はチェック☑して下さい。なお振込先情報欄へ記入された場合は記入口座を優先します。	
	1. 医療機関等との合意文書の写し	
	2. 分娩機関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