

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】

※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	被保険者証の記号番号	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇	所属事業所及び部署名	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678 (999)		
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日	昭和 平成	60年 5月 22日	
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 03 ( 7891 ) 2345					
	社員番号	1234567		メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp		

申請内容	出産した方(該当に○)	本人(被保険者) <b>家族(被扶養者)</b>	出産した方の氏名	健保 花子				
	出産した年月日	令和 2年 5月 5日	出産した方の生年月日	昭和 平成	62年 12月 12日			
	生産または死産の別(該当に○)	<b>生産</b> ・死産・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	週
	被保険者と 出生児の続柄	健保 一郎		出産児は 被扶養者か	<b>はい</b> いいえ			
	出産した 医療機関名称	〇〇産婦人科		出産した 医療機関住所	神奈川県横浜市〇〇町3-3-3			
■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カ月以内の出産→ 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カ月以内の出産→ 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。	令和 2年 7月 4日
	<input type="checkbox"/> 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。	
	被保険者(申請者) 氏名	健保 太郎
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	任意継続被保険者・退職者以外は、委任状欄にご記入ください。 任意継続被保険者・退職者は、振込先情報欄にご記入ください。
	預金種別	

■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	出生年月日	令和 年 月 日
	出生児の数	出生年月日	令和 年 月 日
市区町村長	本籍		
	出生児氏名		
	上記のとおり 令和 年		
市区町村長名 <span style="float:right">印</span>			

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 <input type="checkbox"/> 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。	
添付書類	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