

健康保険 被保険者 出産育児一時金・付加金 支給申請書
被扶養者

事業主・健保使用欄
管理番号

【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
	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	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
	出生児の氏名				被保険者と出生児の続柄			出生児は被扶養者か	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										

委任状	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。							
	日付			令和 年 月 日				
	被保険者(申請者)	氏名						

※未記入の場合は給与の第一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	
	預金種別	普通	その他	口座番号	口座名義人名(カタカナ)		
	当座	()				支店	

■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