

# 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者情報	① 被保険者証 記号	番号		
	② 氏 名	(フリガナ)	③ 生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
	④ 住 所	〒	都・道 府・県	⑤ 電 話 番 号 ( )
	⑥ 事 業 所	名称	電話番号	( )
		所在地	⑦ 提 出 委 任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申請内容	⑧ 出産した方 (どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	⑨ 出生児の氏名		
	⑩ 家族の場合はその方の	氏名	生年月日 昭・平・令 年 月 日 続柄 ( )		
	⑪ 出産した年 月 日	令和 年 月 日	⑫ 生産児数 人	⑬ 死産児数 人	⑭ 死産のとき (妊娠経過期間) 月 週
	⑮ 出産した医療機関等	名称	所在地		
	⑯ 他の健康保険などに加入	出産日の前後6か月以内に他の健康保険などに加入していた(いる)場合	▶ 別途、「健康保険等加入状況の申告」を添付してください。		

添付書類

- 直接支払制度に係る代理契約に関する文書のコピー
- 「出産日」「出生児数」「代理受取額」の記載がある出産費用の明細書コピー (例: 出産費用明細書、分娩費用明細書等)
- 「産科医療保障制度加入機関」のスタンプが押されている領収書等のコピー(上記、出産費用の明細書等に押されている場合は不要)

振込希望口座	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他( )	預金種別	普通・当座・その他( )
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他( )	口座番号	.....
			口座名義区分	被保険者・代理人

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所	
		氏名	被保険者との関係 ( )

証明欄	▶ 医師・助産師による証明の場合					
	出産年月日	令和 年 月 日	生産児数	単胎・多胎(児)	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠) 月 週
	上記のとおり相違ないことを証明する。		医療機関の所在地・名称			
	令和 年 月 日		医師・助産師の氏名			
▶ 市区町村長による証明の場合(生産のみ)						
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。		市区町村長		(印)		
令和 年 月 日						

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

受付日付印

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄