

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】

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	〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678(999)
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ	健保 太郎	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)	〒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) 家族(被扶養者)	出産した方の氏名	健保 花子				
	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	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	長男	出産児は被扶養者か	はい	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								

※在職者は、委任状欄に記入してください。

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 ●●年●●月●●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
代理人(実際に給付を受領する者)	氏名	

※任継・退職者は、振込先情報を記入してください。

振込先情報	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。		

■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	単胎・多胎(児)	生産または死産の別
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	医療施設の所在地	
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。			
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	<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。	
	1. 医療機関等との合意文書の写し 2. 医療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