

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（申請者） が記入するところ	被保険者証の 記号・番号	—		生年月日	□昭和 □平成 年 月 日			
	被保険者 (申請者) の氏名	フリガナ			⑩	自署の場合は押印を省略できます。		
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	〒 — TEL ()						
	家族の出産である ときはその方の	氏名			生年月日	□昭和 □平成 年 月 日		
	出産年月日	□平成 □令和 年 月 日		生産児数	児	死産児数	児	
	出産した医療機関	名称	他の制度から給付を受けているかどうか 給付を受けて □いる □いない					
			所在地					
	資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の				保険者名	記号・番号		
	被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の							
	振込先	ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号		口座名義人 (カタカナ)		
銀行名		銀行			支店	預金種別	□普通 □当座	
		口座名義人 (カタカナ)				口座番号		
委任受領 する 場合	委任者	氏名			⑩			
	受任者	住所			⑩			

証明欄（いずれかにご記入ください）	医師・助産師 の 証明 の 場合 による	出産者氏名			生産・死産の別	□生産 □死産 (妊娠 週)	
		出産年月日	令和 年 月 日	出生児の数	□単胎 □多胎 (児)		
		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 名称				⑩		
医師・助産師の氏名		⑩					
市区町村長 による 証明 の 場合	本籍				筆頭者氏名		
	母の氏名				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		⑩					

《添付書類》

1. 出産育児一時金等申請・受取代理契約書（合意書）控の写し
（「直接支払制度に係る代理契約を医療機関と締結しない」内容が記載されているもの）
2. 分娩費内訳明細書（領収書）の写し
（産科医療補償制度加入医療機関で分娩の場合は、産科医療補償制度加入医療機関であることを証明する
スタンプが押印された領収書の写し）

社会保険労務士の 提出代行者印	⑩
--------------------	---