

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・出産育児付加金 支給申請書

被保険者 (申請者) 情報	被保険者等記号・番号		氏名	
	記号	番号	フリガナ	フリガナ
	—		(氏)	(名)
	住所			生年月日
	〒 —			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
事業所	名称		所在地	
	〒 —		〒 —	
	所属		(連絡先) ※日中連絡が取れる携帯電話、内線番号など	
	—		—	

申請内容	出産した者	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)	被扶養者(家族)の場合はその方の氏名		生年月日	
	令和 年 月 日		—		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
	出産した年月日	令和 年 月 日				
	生産又は死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在	生産の場合	出生人数	児	
		死産の場合	死産児数	児	妊娠経過期間 週	
出産した医療機関等	名称		所在地			
	〒 —		〒 —			

医師・助産師または市区町村長証明欄	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 (週)	
	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 電話番号		医師・助産師 市区町村長名		
※ 市区町村長による証明の場合(生産のみ)は、押印が必要です					

●この申請による給付金を事業主経由で給与口座へ支給するため、次の申請者欄にご記入ください。

受取代理人欄	申請者	住所	令和 年 月 日
		氏名	
	代理人	住所	
		氏名	
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。			

受付印

被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、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。)

備考欄