

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	被保険者証の記号・番号		氏名・印		
	—		フリガナ (氏)	フリガナ (名) (印)	
	住所			生年月日	
	〒 —			昭・平 年 月 日	
	事業所	名称		所在地	
〒 —		〒 —			
所属		(連絡先) ※日中連絡が取れる内線番号など			

申請内容	出産した者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者(本人)	被扶養者(家族)の場合はその方の氏名		生年月日	
		<input type="checkbox"/> 2. 被扶養者(家族)			昭・平 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"/> 1. 生産	→ 生産の場合	出生人数	児	出生児の氏名
	<input type="checkbox"/> 2. 死産	→ 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		(印)

受取代理人欄	申請者	私はこの給付金の受領を下記代理人に委任します。		
		住所	令和 年 月 日	
	代理人	氏名	(印)	
		住所		
	氏名	(印)		

被保険者証の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。)		受付印
備考欄		