

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
	300	123456	ケンボ	ヒデオ
	住所		(氏)	(名)
	〒150-0002 東京都渋谷区渋谷〇-〇-〇 △△マンション〇〇号室		健保	秀夫
住所		生年月日		
〒150-0002 東京都渋谷区渋谷〇-〇-〇 △△マンション〇〇号室		<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 2年9月23日		
事業所	名称		所在地	
	総合警備保障株式会社		〒107-8511 東京都港区元赤坂1-6-6	
	所属		号など	
〇〇〇支社 □□□営業所		事業所の名称、所在地は「本社」 所属には「実際に配置されている支社、部署」を お書きください		
		××××		

申請内容	出産した者	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input checked="" 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	
			健保 幸子		<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 3年5月8日	
	出産した年月日	令和 6年 5月 10日				
	生産又は死産の別	<input checked="" 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	1 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			
	〇〇産婦人科医院		〒150-0002 東京都新宿区新宿〇-〇-〇			

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	私はこの給付金の受領を下記代理人に委任します。		
	代理人	私はこの給付金の受領を下記代理人に委任します。		
	住	原則、事業主への委任払いとなりますので、申請者欄を記入してください	△△マンション〇〇号室	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	氏名	健保 秀夫		
	住	受取代理人は本社の総合事務部長です 申請者欄に記載のうえ、代理人欄は空白のまま、本社の総合事務部へ提出してください		

マイナンバーを利用します。

事業主経由で給与口座へ振り込みます

添付書類

- ・領収書のコピー
- ・直接支払制度利用に係る合意文書(控)のコピー

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、本人確認のための添付書類が必要)

備考欄

※領収書に「直接支払制度を利用していない」文言が明記されている場合は領収書のみで可