

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	
	300 - 123456		フリガナ ケンボ	フリガナ ヒデオ
			(氏) 健保	(名) 秀夫 (印)
	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		昭・平 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		取れる内線番号など	
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	2	1. 被保険者(本人) 2. 被扶養者(家族)	被扶養者(家族)の場合はその方の氏名	健保 幸子	生年月日	昭・平 3年5月18日
	出産した年月日	令和 1年5月10日					
	生産又は死産の別	1	1. 生産 → 生産の場合 2. 死産 → 死産の場合	出生人数	1 児	出生児の氏名	健保 一郎
				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	健保 幸子	出産年月日	令和 1年5月10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 1年5月16日			
	医療施設の所在地	東京都新宿区新宿〇-〇-〇		
	名称	〇〇産婦人科医院		
	電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
	医師・助産師	〇〇 〇〇 (印)		
	市区町村長名			

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	東京都渋谷区渋谷〇-〇-〇 △△マンション〇〇号室	令和 1年5月26日
代理人		氏名	健保 秀夫 (印)	
		住所	東京都港区元赤坂1-6-6	
		氏名	総合警備保障株式会社 総合事務部長 〇〇 〇〇 (印)	

受取代理人は本社の総合事務部長です申請者欄に、記載・押印のうえ、本社の総合事務部へ提出してください

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、備考欄に記載してください(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)

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