健康保険 被保険者 / 被扶養者 出産育児一時金支給申請書

【直接支払制度利用なし または 海外で出産した場合】

被保険者情報

被保険者証等の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	○○○株式会社 ○○支店 電話(内線) 03-1234-5678(999)
氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日	昭和 / 平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日
申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒123-4567 東京都○○区○○町1－2－3 △△マンション456号室 電話 03 (7891) 2345			
社員番号	1234567		メールアドレス	○○△△@○○○.ne.jp

申請内容

出産した方 (該当に○)	本人(被保険者) 家族(被扶養者)	出産した方の氏名	健保 花子
出産した年月日	令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日	出産した方の生年月日	昭和 / 平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日
生産または死産の別 (該当に○)	生産 ・ 死産 ・ 生産死産混在	生産児数	1 人 / 死産児数 人 / 死産の時は妊娠経過期間 週
被保険者と出生児の続柄	長男	出産児は被扶養者か	はい / いいえ
出産した医療機関名称	○○産婦人科	出産した医療機関住所	神奈川県横浜市○○町3－3－3
■下記に該当する場合に記入 1. 被保険者が退職後6カ月以内の出産→ 現在加入している保険者名・記号番号 等 2. 被扶養者が認定後6カ月以内の出産→ 以前加入していた保険者名・記号番号 等		保険者名 電話 ( )	
		記号-番号	-

委任状

※在職者は、①提出の委任に✓をしてください。

☑①本申請書の提出を事業主に委任します。

※受領委任する場合は、下記の委任状欄に記入して下さい。

②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日

被保険者 (申請者)	氏 名	
代理人 (実際に給付を受領する者)	氏 名	

振込先情報

金融機関コード	1234		支店コード	123	
金融機関名称	●●		銀行 / 信用金庫	●●	本店 / 支店
預金種別	普通	口座番号	1234567	口座名義 (カタカナ)	ケンポタロウ

■証明欄(いずれか一方の証明を受けてください)

医師・助産師

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(妊娠第 月または満 週 日)

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

この欄は、医療機関又は市区町村長に証明を依頼してください。

市区町村長

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 ㊞

※医師・助産師、市区町村長の証明が受けられない場合は、出生証明書(写し)等の公的書類を添付してください。

受付日付印

添付書類

1. 医療機関等との合意文書の写し
2. 医療機関が発行する領収書の写し

※海外で出産した場合は以下の書類を添付してください。

1.出産した事実を証明する証明書 2.出生証明書の日本語翻訳 3.領収書の写し

4.海外渡航期間がわかる書類(パスポート等)の写し 5.海外の医療機関等に照会することの同意書