

健康保険 被保険者
被扶養者 出産育児一時金・付加金 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	被保険者証の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	〇〇株式会社 〇〇支店 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 東京都〇〇区〇〇町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	〇〇△△@〇〇〇.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
	出生児の氏名	健保 一郎		被保険者と出生児の続柄	長男	死産の時は妊娠経過期間 週
	出生児の氏名	健保 一郎		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	〇〇産婦人科		出産した医療機関住所	神奈川県横浜市〇〇町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	保険者名	電話 ()
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	記号-番号	-

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	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	●●	
	預金種別	普通 当座	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)
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 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。					
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 ①					

※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。

備考	個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	
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	

受付日付印

健康保険 被保険者 被扶養者 出産育児一時金支給申請書 【受取代理用】

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	〇〇〇株式会社 〇〇支店 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
	住所	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室			
	メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp			

申請内容	出産予定者(該当に○)	被保険者 家族(被扶養者)	出産予定者氏名	健保 花子	
	出産予定日及び胎児数	令和 ●●年●●月●●日 単胎・多胎(●●児)	出産予定者の生年月日	昭和 平成 ●●年●●月●●日	
	出産予定の医療機関名称	〇〇産婦人科		出産予定の医療機関住所	神奈川県横浜市〇〇町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か月以内の出産→ 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か月以内の出産→ 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		-	

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	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 当座 () その他 ()	口座番号	1234567	口座名義(カタカナ)

備考 ■申請書の受付は出産予定日の2か月前からになります。
■母子手帳の出産予定日が分かる部分のコピーまたは出産予定日を証明する書類を添付してください。

受取代理人の欄	申請者() (以下「甲」という。)は、医療機関等である() (以下「乙」という。)を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度は利用しません。甲が請求する出産育児一時金等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額※の受領に関すること。 ※出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金等に係る付加給付を行う場合には付加相当額を含む)を上限とする。				
	令和 年 月	この欄は、医療機関に記入を依頼してください。			
	金融機関名称	銀行 信用金庫	本店 支店	預金種別	普通・当座 その他()
	口座番号		口座名義(カタカナ)		

備考	個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)		受付日付印
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点		