

※ここには記入しないでください

健康保険 被保険者 家族		出産育児一時金・付加金支給申請書											
被保険者証等の記号番号	記号	〇〇	番号	〇〇〇	生年月日	昭和	平成	〇	〇	〇	〇	〇	〇
被保険者氏名	フリガナ	ケンボ タロウ		被保険者住所	郵便番号・住所・電話番号を記入ください ※住所はマンション名、部屋番号まで記入ください ※支給決定通知書の送付の際に使用します								
被扶養者の出産である場合はその者の氏名	フリガナ	ケンボ ハナコ		被保険者と分娩した者の続柄	妻	出産日	令和	〇	〇	〇	〇	〇	〇
生産または死産の別	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在	「生産」の場合 出生児数	1	「死産」の場合 死産児数	人	「死産」の場合 妊娠からの週数及び日数	満	週	()	日			
産科医療補償制度加入機関での出産ですか	いいえ	はい	（「はい」の場合、加入証明スタンプが押印されている領収書の写しを添付してください）										
出産した方	・被保険者→退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ・家族→被扶養者認定日後6ヶ月以内の出産ですか。			はい / いいえ									
「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 ・被保険者→現在加入している保険者について ・家族→被扶養者認定日以前に加入していた保険者について				1. はい の場合は、必ずご記入ください。 被扶養者認定日以前の保険が分からない場合は、以前のお勤めの会社へご確認ください									
※同一の出産について、上記の保険者より出産育児一時金を				1. 受けた 2. 受ける予定 受けない									
備考欄	被保険者証等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、本人確認するための添付書類が必要です）												

※医師・助産師又は市区町村長が証明する欄はどちらか一方で証明を受けてください。証明がある場合必要書類の④の添付は不要です。

医師・助産師の証明欄	分産年月日	令和	年	月	日	生産又は	生産	死産	(妊娠等)	日又は(週)			
市区町村長の証明欄	※出産した医療機関の医師または市区町村長の証明欄 (どちらか一方で証明を受けてください)												
市区町村長名											印	電話	()

委任状

私は、出産育児一時金・出産育児付加金の受領に關することを、ここに委任いたします

※支払金融機関の名義が被保険者と異なる際は、「委任状」欄に署名が必要となります

<input type="checkbox"/>	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（被保険者口座のみ） （利用する場合はチェックを入れてください。利用しない場合は下記の欄を記入してください。） ※口座情報の反映には登録から数日を要します。	公金受取口座を登録していない場合はチェックしないでください
振込先金融機関	被保険者名義の口座をご記入ください。その他の名義口座の場合には上段の、「委任状」欄に署名が必要となります。	年 月 日 提出
銀行	〇〇〇 銀行 本店 支店	受付日付印
支店番号	〇〇〇 普通 当座	
口座番号(右づめ)	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
名義人(フリガナ)	ケンボ タロウ	
	健保 太郎	

※1 振込先はゆうちょ銀行以外の金融機関に限ります。
※2 被保険者証等の氏名と金融機関の口座名義が同一でないと、給付金の振込はできません。