

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金支給申請書

被保険者が記入するところ
被保険者証の記号・番号
事業所の名称
出産した方
昭和平成令和 年 月 日
出生年月日
令和 年 月 日
出生児氏名
生産・死産の別
死産の場合の妊娠経過期間 満 週
出産した医療機関
所在地
出産した方について
「はい」と回答された方のみ記入
資格期間
記号・番号
保険者名
同一の出産について、上記保険者より出産育児一時金を
□ 受けた/受ける予定 □ 受けない
(フリガナ) 払渡し希望銀行の口座
銀行 信用金庫 本店支店
預金の種類
普通当座貯蓄
店番
口座番号
フリガナ
氏名
口座名義人氏名

受取代理人の欄
被保険者
本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日
氏名
代理人 (口座名義人)
(〒 -) TEL ()
住所
フリガナ
氏名

上記のとおり申請します。
令和 年 月 日

被保険者 (申請者) 〒 -
住所
氏名
TEL ()

医師・助産師による証明
出産者氏名
出産年月日
令和 年 月 日
出産児数
出産又は死産の別
□生産 □死産 → 妊娠: 満 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
医療施設の名称
医師・助産師の氏名
市区町村による証明 (生産のみ)
本籍
筆頭者氏名
母の氏名
出生児氏名
出生年月日
令和 年 月 日
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 印

被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。(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です。)
被保険者のマイナンバー記載欄

本申請には添付書類をご用意ください。

医療機関等から交付される代理契約に関する文書(合意文書)の写し、医療機関で退院時に渡された出産費用についての領収書(費用内訳書)の写しを添付して下さい。