

健康保険 被保険者 出産育児一時金支給申請書  
被扶養者

※提出先は各事業所担当者です

【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	被保険者等の記号番号	記号	番号	所属事業所及び部署名	電話(内線)	
	氏名	フリガナ		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)	〒				電話 ( )
	社員番号			メールアドレス		

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					
	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	人	死産児数	人	死産の時は妊娠経過期間	満( )週( )日
	出生児の氏名				被保険者と出生児の続柄				出生児は被扶養者か	はい いいえ
	出産した医療機関名称				出産した医療機関住所					
	■下記に該当する場合に記入				保険者名	電話 ( )				
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				記号-番号	-					
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										

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	<input type="checkbox"/> ①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ←該当するものにチェック☑して下さい。		令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 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。		
	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	金融機関名称	銀行 本店 信用金庫 支店		支店番号
	預金種別	普通当座 其他( )	口座番号	口座名義(カタカナ)

■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 医療施設の名称 医師・助産師の氏名			
市区町村長	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			

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. 医療機関等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