

健康保険 被保険者 被扶養者 出産育児一時金支給申請書

※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 10	番号 1234	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	60年 5月 22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 ΔΔ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ΔΔ@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 2年 5月 5日	出産した方 の生年月日	昭和 平成	62年 12月 12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
	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 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	-			

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	☒ 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。	
	☐ 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 2年 7月 4日	
	被保険者 (申請者)	氏名 健保 太郎
	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	任意継続被保険者・退職者以外は、委任状欄にご記入ください。 任意継続被保険者・退職者は、振込先情報欄にご記入ください。
	預金種別	

■証明欄(いずれか一方の証明を受けなければなりません)

医師・助産師	出産者氏名	出生年月日	令和 年 月 日
	出生児の数	日)	
	上記のとおり 令和 年		
市区町村長	本籍		
	出生児氏名		
	上記のとおり 令和 年		
市区町村長名 印			

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