健康保険　出産育児一時金（付加金）・家族出産育児一時金　支給申請書

◎記入方法及び添付書類については、裏面をご参照願いま

被保険者（申請者）の記入欄

① 被保険者等記号・番号	（記号）　ー　（番号）		②事業所名		
被保険者（申請者）	③ 氏名及び生年月日	（カナ） 昭和 平成 令和　年　月　日	④住所	〒　ー TEL　（　）	
被扶養者が出産したときのその氏名・生年月日	⑤氏名		⑥生年月日	令和　年　月　日	
⑦出産年月日	年　月　日	⑧生産児数 人	⑨死産児数 人 妊娠第　週	⑩被保険者（申請者）との続柄 子 ・ 孫 ・ その他（　）	
⑪ 被扶養者の認定を受けた日から6ヵ月以内に出産の場合は、以前加入していた被保険者証の記号番号及び保険者名	（記号）　ー　（番号）		⑬ 他の制度から出産育児一時金を受けたかどうか		
⑫ 資格喪失後の出産の場合は、新たに加入した被保険者証の記号番号及び保険者名	（保険者名）		受けた ・ 受け（てい）ない ・ 請求中		

⑭ 振込口座

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か　□はい（口座情報の記入は不要）　□いいえ（口座情報の記入が必要）

注1：公金受取口座情報の反映には数日を要します

注2：受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
（カナ）	（カナ）	普通 その他（　）		（カナ）

⑮備考	※被保険者等記号番号に代えて個人番号を記載する場合は、備考欄に記載してください。

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者（申請者）名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

受取代理人の欄

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

年　月　日

被保険者（申請者）　住所　氏名

代理人　委任者との関係　（　）　住所　電話　（　）　氏名

⇒いずれか一方で差し支えありません

医師・助産師または市町村（特別区）長の証明欄

出産者氏名		出産年月日	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　週）

上記のとおり相違ないことを証明する。　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　電話　（　）

本籍			
筆頭者氏名		母の氏名	
出生児氏名		出生年月日	年　月　日

上記のとおり相違ないことを証明する。　年　月　日

市町村（特別区）長名　㊞

受付年月日

≪記入するときの注意事項（添付書類含む）≫

〈振込口座及び受取代理人の欄〉

1. 振込口座が被保険者（申請者）と異なる場合は「受取代理人の欄」の記入が必要です。
2. 給付金の受け取りを代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に必要事項を記入してください。

〈添付書類〉

1. 医師・助産師または市町村（特別区）長の証明を受けられない場合は、出生を確認できる書類

   ※戸籍謄（抄）本、出生届受理証明書、住民票、母子健康手帳（原本提示）など

2. 医療機関等から交付される、出産費用の領収・明細書の写し

   ※産科医療補償制度加入の医療機関等で出産の場合は、所定の印が押印されています

   ※直接支払制度を用いていない旨が記載されています

〈付加金について〉

1. 付加金は被保険者が出産した場合に支給されます。
2. 資格喪失後の出産育児一時金に対して付加金は支給されません。