

健康保険 被保険者  
被扶養者

出産育児一時金支給申請書

【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 | 被保険者証の記号番号                  | 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<br>平成 | 年 月 日 |
|        | 申請者住所<br>電話番号 等<br>(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<br>(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<br>平成 年 月 日 |   |                              |
|      | 生産または死産の別<br>(該当に○)                                                                                         | 生産・死産・生産、死産混在     |       | 生産<br>児数       | 人 | 死産<br>児数       | 人 | 死産の時は<br>妊娠経過期間 満<br>( ) 週 日 |
|      | 被保険者と<br>出生児の続柄                                                                                             |                   |       | 出産児は<br>被扶養者か  |   | はい いいえ         |   |                              |
|      | 出産した<br>医療機関名称                                                                                              |                   |       | 出産した<br>医療機関住所 |   |                |   |                              |
|      | ■下記に該当する場合に記入<br>1. 被保険者が退職後6か月以内の出産→<br>現在加入している保険者名・記号番号 等<br>2. 被扶養者が認定後6か月以内の出産→<br>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 |                | — |                |   |                              |

※在職者は、委任状欄に記入してください。

|     |                                                                           |     |  |
|-----|---------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| 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。 |     |  |
|     | <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。 令和 年 月 日          |     |  |
|     | 被保険者<br>(申請者)                                                             | 氏 名 |  |
|     | 代理人<br>(実際に給付を受領する者)                                                      | 氏 名 |  |

※任継・退職者は、振込先情報を記入してください。

|       |         |                |      |       |  |                |
|-------|---------|----------------|------|-------|--|----------------|
| 振込先情報 | 金融機関コード |                |      | 支店コード |  |                |
|       | 金融機関名称  | 銀 行<br>信用金庫    |      |       |  | 本店<br>支店       |
|       | 預金種別    | 普通 他<br>当座 ( ) | 口座番号 |       |  | 口座名義<br>(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   |                      |          |  |  |
| 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 印  |                      |          |  |  |

※医師・助産師、市区町村長の証明が受けられない場合は、出生証明書(写し)等の公的書類を添付してください。

|      |                                                                                                                                                                      |  |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 備考   | 個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)                                                                                                                                        |  |
|      | ※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。<br>①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点<br>・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点                     |  |
| 添付書類 | 1. 医療機関等との合意文書の写し<br>2. 医療機関等が発行する領収書の写し<br>※海外で出産した場合は以下の書類を添付してください。<br>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<br>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 |  |

受付日付印