

健康保険 被保険者
家 族

出産育児一時金（付加金） 支給申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証	記号	番号	事業所名称	
	氏 名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住 所	〒 ー 都・道 府・県		電話番号 (日中の連絡先)	()

※ 受領について
(どちらかに✓)

☐ 事業所への委任払いを希望（委任状欄へ）

☐ 個人口座への振込を希望（振込先へ）

振 込 先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)			

委 任 状	口座名義が代理 人の場合にご記 入ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日
			氏名	印
		代理人 (口座名義人)	住所	
			氏名	印
※委任払いの場合は 押印をお願いします				

申 請 内 容	出産した方 (どちらかに✓)	☐ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)	出生児の氏名	
	家族の場合は その方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日 続柄()
	出産した年月日	平・令 年 月 日	生産児数	人 死産児数 人 死産のとき (妊娠経過期間) か月 週
	出産した 医療機関等	名称	所在地	
	他の健康保険 などに加入	出産日の前後6か月以内に他の健康 保険などに加入していた(いる)場合	保険者名称【 加入期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)】	

証 明 欄	▶ 医師・助産師による証明の場合				
	出産年月日	平・令 年 月 日	生産児数	単胎・多胎(児)	生産又は 死産の別
	生産・死産(妊娠 か月 週)				
	上記のとおり相違ないことを証明する。 医療機関の所在地・名称 令和 年 月 日 医師・助産師の氏名 印				
	▶ 市区町村長による証明の場合(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	平・令 年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長 令和 年 月 日 印					

マイナンバー記入欄（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。）

マイナンバーを記入した場合、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。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄