

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号	番号	被保険者名		生年月日				
			(印)		昭和・平成	年	月 日		
	被保険者の住所	〒		—	電話 ()				
	事業所の名称								
	被扶養者が出産したときは その者の氏名			生年月日	昭和 平成	年	月 日	続柄	
	出産した年月日	平成	年	月 日	出産児数		死産児数		死産のときは はその旨
	出生児の氏名			被保険者と出生児との続柄					
	出生児が被保険者の被扶養者であるか	ある ・ ない							
	出生児が被保険者の被扶養者でないときは、その理由								
	入院して出産したときは、 病院・産院の名称			所在地					
直接支払い制度の有無	有 ・ 無		※必ず記入してください。						

資格取得後・扶養認定後6ヵ月以内の出産育児一時金を請求される方が記入する欄

被保険者・被扶養者になられる前の健康保険証に関する記入欄 (※別紙「証明書」も必ず添付してください。)		
記号 ()	番号 ()	
被保険者氏名 (世帯主名)		
保 險 者 名		電 話 ()
※記入不要です。 →		資格取得日・扶養認定日
	平成	年 月 日

海外で出産したときと直接支払い制度を希望しないときは、医師・助産師または市区町村長どちらか一方の証明を受けてください。
(直接支払制度を希望して国内で出産した場合は、証明は不要です。)

医 師 ・ 助 産 師 ま た は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	出産者氏名			出産年月日	平成	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 月 ・ 週)			
	上記のとおり相違ないことを証明する。				平成	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				(印)			
本 籍			筆頭者氏名					
母の氏名			出生児氏名	生年月日	平成	年	月 日	
上記のとおり相違ないことを証明する。				平成	年	月 日		
市 区 町 村 長 名				(印)				

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。						
					平成	年	月 日
	被保険者の住所 氏名			(印)			
受領代理人の住所 氏名			(印)				

社会保険労務士の提出代行者印	(印)	受付日付印
----------------	-----	-------

※国内で出産したときは、医療機関等が発行する出産費用の内訳が記載された明細書(写)を必ず添付してください。(海外で出産した場合は、明細書(写)は不要です。)