

健康保険 被保険者 出産育児一時金支給申請書  
被扶養者

【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 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 平成 年 月 日
	申請者住所 電話番号等 (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 (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 平成 年 月 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	人
	被保険者と 出生児の続柄			死産 児数	人
	出産した 医療機関名称			死産の時は 妊娠経過期間	満 ( ) 週 ( ) 日
	■下記に該当する場合に記入 1. 被保険者が退職後6か月以内の出産→ 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か月以内の出産→ 以前加入していた保険者名・記号番号 等			出産児は 被扶養者か	はい
			出産した 医療機関住所		
			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 (申請者)	氏名
	代理人 (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		本店
	預金種別	普通 其他 当座 ( )	口座番号	口座名義 (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 医師・助産師の氏名			
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 ㊟			

※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(被保険者等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。 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 ・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 2. 医療機関等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

受付日付印

健康保険被保険者 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	被保険者等 記号番号	記号 ●●	番号 ××××	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 ●●年●●月●●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 △△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△△@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 ●●年●●月●●日	出産した方 の生年月日	昭和 平成 ●●年●●月●●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
	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		保険者名	電話	( )	

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

※在職者は、委任状欄に記入してください。

委任状	<input checked="" 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。	令和 ●●年●●月●●日
	<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。	
	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	

※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	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。
-------	--

■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	出生年月日	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)
市区町村長	上記のとおり相違ないことを証明する			令和 年 月 日
	この欄は、医療機関又は市区町村長に証明を依頼してください。			市区町村長名

※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(被保険者等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。 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 ・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 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

受付日付印