

被保険者
家族

出産育児一時金・出産育児付加金支給申請書（直接支払用）

◎◎◎
この医療機関等と交わされた合意文書の写しを添付してください。
申請書等に記載された個人情報の領収・明細書の写しを添付してください。
支給決定書のみを利用してください。
第三者には提出しないでください。

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者	記号		番号	事業所名（または勤務していた事業所名）		
	被保険者(申請者)氏名	フリガナ					
被保険者(申請者)住所	〒				自宅電話番号		
出産年月日	令和 年 月 日			生産・死産の別	生産・死産	「死産」の場合、妊娠からの週数	(週)
出産した方の氏名 生年月日	昭和・平成 年 月 日			出産児数	(第 人子)	及び日数	(日)
出生児が被保険者の被扶養者であるか	ア ある イ ない [理由]						
被保険者が出産した時に記入				家族が出産した時に記入			
被保険者資格取得日・喪失日より6ヶ月以内の出産の場合は				被扶養者に認定されてから6ヶ月以内の出産の場合は			
健康保険の 名 称 加入者氏名 加入区分 勤務先名	記号		番号	認定日以前の 健康保険の 加入者氏名 加入区分 勤務先名	記号		番号
	取得日以前 又は 喪失日以降の 健康保険の				健康保険の 名 称		
					加入者氏名		
					加入区分	自身・親の扶養者・夫の扶養者	
					勤務先名		

出産した年月日	令 和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産	供 いた しま せん。
出 生 児 数	單 胎 ・ 多 胎 (児)	死産 (妊娠週)	電話番号	
上記のとおり相違ありません。				
医療機関の所在				
医療機関の名前				
医師・助産師名				
本籍	筆頭者氏名			
出生届出日	令和 年 月 日	出生年月日	令和 年 月 日	
上記のとおり相違ありません。				
市区町村長名				

受取 代理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主(代理人)に委任します						
	被保険者(申請者)氏名						
	事業所所在地						
	事業主 (代理人)	事 業 所 名					
		事 業 主 名					
★個人振込の場合には、支払金融機関欄を記入してください。(受取代理人の欄は記入不要)							
支 払 金 融 機 関 欄	金融機関コード		支 店 番 号				
	銀行・金庫				本店・支店		
	口座番号(普通・当座)		フリガナ				
		口座名義					
確認欄 <input type="checkbox"/>	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。						