

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（直接支払以外用）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	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 氏 名				
	被保険者（申請者）住所	〒	自宅電話番号		携帯電話番号	
	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 及び日数	(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 子)	(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 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			家族が出産した時に記入 被扶養者に認定されてから6ヶ月以内の出産の場合は		
	取得日以前 又は 喪失日以降の 健康保険証の	記号	番号	健康保険の 名 称	加入者氏名	加入区分
		健康保険の 名 称		健康保険証の	加入者氏名	加入区分
		加入区分	自身・親の扶養者・夫の扶養者	加入区分	自身・親の扶養者・夫の扶養者	
	勤務先名		勤務先名			

◎ ◎ ◎
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。
この申請書に記載されている個人情報等は、支給決定にのみ利用し、第三者には提供いたしません。

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ	出産した年月日	令 和 年 月 日	生産・死産の別	生産・死産	
	出生児数	単胎・多胎 (児)	死産 (妊娠 週)		
	上記のとおり相違ありません。		令 和 年 月 日	電話番号	
	医療機関の所在地				
	医療機関の名称				
医師・助産師名					
本 籍 者 の 証 明 す る と こ ろ	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	
	出生児氏名				
	上記のとおり相違ありません。		令 和 年 月 日	電話番号	
市区町村長名		印			

◎ 市区町村長の証明は、出生届が出されている場合に限られます。

受 付 日 付 印	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	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。
<input type="checkbox"/>	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。