

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）

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 人子）	（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			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	
	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	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領収・明細書の写しを添付してください。
この申請書に記載された出生費用の個人情報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。			
	医療機関の所在地	〒		電話番号
	医師・助産師名			
	本籍	籍頭者氏名	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				

直接支払制度の方は、
この欄の記入は、不要です。

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。