

# 健康保険 本人・家族 出産育児一時金 申請書

## 出産育児付加金

※ 別紙（申請の際の留意点）を確認のうえ、必要書類を添付して申請してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号		記号	番号	記号・番号に代えてマイ ナンバーで申請する場合									
	事業所の 名称													
	被保険者	氏名				生年月日	昭・平・令	年	月	日				
	住所	〒	—			都・道 府・県								
	電話番号 (日中の連絡先)	—		—										
振込希望の金融機関（被保険者本人名義の口座）														
銀行		銀行 コード				支店	店番							
預金 種別	普通・当座・貯蓄	口座 番号				口座名義 (カタカナ)								
出産 年月日	令和	年	月	日	出生 児数	単胎・多胎（	児）	生産・ 死産の別	生産・死産（妊娠	週）				
出産した方の 氏名・生年月日					昭和 平成	年	月	日						
分娩日から遡って6ヶ月以内の健康保険加入状況 (出産した方が本申請に使用する記号・番号以外資格を持っていた期間がある場合に記入)														
健康保険名称				健康保険の記号・番号				資格の種類						
				記号				番号						
								本人・家族						

※直接支払制度をご利用の場合には、下記証明欄に証明を受ける必要はありません。但し、死産の場合は医師・助産師の証明が必要です。

証 明 欄	医師・助産師による証明												
	出産 年月日	令和	年	月	日	出生 児数	単胎・多胎（	児）	生産・ 死産の別	生産・死産（妊娠	週）		
	上記のとおり相違ないことを証明する。				令和	年	月	日	電話番号	—	—		
	医療機関の名称・所在地 医師・助産師の氏名												
	市区町村長による証明（生産のみ）												
	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	電話番号	—	—			
市区町村長名													
Ⓜ													

代理人に給付金の受領を委任するとき	上記の給付金の受領について、以下の代理人に依頼します。										令和	年	月	日
	申請者	住所								氏名				
	代理人	住所								氏名				
※代理人に受領の委任をする場合、「振込希望の金融機関」欄には代理人名義の口座を記入してください。														

備考欄	
-----	--

受 付 印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--