

健康保険 被保険者 出産育児一時金支給申請書

(注意事項)

5. 4. 3. 2. 1.

1. 標題は被保険者が出産したときは「被保険者」を、家族が出産したときは「家族」を○で囲んでください。
 2. 被保険者の氏名欄の印と受領委任欄の印は同じ印鑑を使用し、ハッキリと押印してください。
 3. 「生産・死産の別」欄は該当文字を○で囲み、死産のときは、妊娠何週（何カ月）であったかを記入してください。
 4. 証明の欄は医師・助産師又は市区町村長のいづれかの証明が必要です。
 5. 医療機関等から交付された同意文書と出産費用の領収・明細書の写しを添付してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号	—	被保険者の氏名・印	㊟				
	被保険者の住所	〒 — TEL ()						
	事業所名称							
	出産した年月日	平成 年 月 日	生産児数 人	死産児数 人	妊娠経過 期間	週		
	出産した病院等の	名称						
		所在地						
	家族が出産したときはその氏名			家族の生年月日	昭和 平成	年 月 日		
出生児の氏名			続柄			出生児が被扶養者かどうか	被扶養者である・ない	
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)								
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	平成 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産	(妊娠 月) 週			
	出生児の数	単胎・多胎 (児)		備考				
	上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 医療施設の所在地 名称 医師・助産師名 ㊟							
	本籍			筆頭者氏名				
	出生届出日	平成 年 月 日	出生児氏名			出生年月日	平成 年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 市区町村長名 ㊟								
受領委任欄	本申請に基く給付金に関する受領を						に委任します。	
被保険者氏名 ㊟								

平成 年 月 日提出

受付日付印