

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

差額分

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 ()						
事業所の名称							
出産した年月日	平成 年 月 日	生産児数	死産児数	妊娠経過期間		週	
		人	人				
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の場合は不要です)							
受領委任欄	本申請に基づく給付金に関する受領を _____ に委任します。 被保険者氏名 Ⓜ						

(注意事項)

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. 医療機関等から交付された費用の内訳が記載された領収・明細書の写しを添付してください。

平成 年 月 日提出

受付日付印