

被保険者
被扶養者
出産育児一時金請求書

事業所	健保		
担当	担当	事務長	常務理事

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	提出日		令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)			
	保険証の記号・番号 (右づめ)			被保険者の 所属・氏名			
	6	7		(フリガナ)			
	6	8		○			
	被保険者の生年月日			被保険者の住所 (育児月刊誌の送付先住所)			
	昭和 平成 令和	年	月	日	〒		
	被扶養者が出産したための 請求である場合はその者の			(フリガナ)	氏名		
	出生年月日			令和 年 月 日	出生児の氏名	続柄	
	被保険者 (本人)が 出産 した 場合			被扶養者 (家族)が 出産 した 場合		昭和 平成 令和	
	◇ 該当する資格要件はどちらですか ① 保険者資格での出産 ② 資格喪失後6ヶ月以内の出産 ※ ②の場合、資格喪失後加入している医療保険の制度 名等を下欄↓に記入してください。			◇ 家族があなたの被扶養者になった時期はどちらですか ③ 出産の日より6ヶ月以上前 ④ 上記以外 ※ ④の場合、あなたが被扶養者となる前に加入していた医療保険の制 度名等を下欄↓に記入してください。		年 月 日	
	制度名・保険者名及び連絡先		被保険者の氏名		被保険者証の記号・番号		
	電話 () -				前勤務先名及び連絡先		
	電話 () -				電話 () -		
	上記②の資格喪失後6ヶ月以内の 出産で請求される方の一時金の 振込希望口座 (請求者の口座)		(銀行コード)	銀行 金庫 農協	(支店コード)	支店	
	口座名 (カタカナで記入)				普通 当座	口座番号 (右づめ)	
受取代理人の欄							
本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人 (事業所の事業主) に委任します。							
受取方法		代理人					
<input type="checkbox"/> 給与振込		(事業所名)					
出生年月日	令和 年 月 日	生産又は死産の別	生産 ・ 死産 (妊娠 週)				
出生時の数	単胎 ・ 多胎 (児)	備考					
上記のとおり相違ありません。							
医師 助産師		所在地 医療施設名 氏名		令和 年 月 日 電話 () -			
本籍				筆頭者氏名			
出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名	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		令和 年 月 日 電話 () -					
健保記入欄	資格喪失日	令和 年 月 日	支給 決定額	被保険者 被扶養者	円		
					支払印		

- ※ 太線内を記入してください。
- ※ 医師・助産師に証明を依頼した場合は「文書代」を求められますが、市区町村の証明は「無料」です。
- ※ 直接支払制度合意書 (写し)、領収書 (写し) を必ず添付してください。
- ※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、上部余白へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)