## 健康保険

被保険者 被扶養者

## 出産育児一時金支給申請書

【直接支払制度利用なしまたは海外で出産した場合】

	被保険者証 の記号番号	記号		番号			事業所 部署名											
被	マルク笛ケ	フリカ゛ナ				/X U'E	11/11/11	電話(戸	勺線)									
被保険者情	氏名					生年	月日	昭和平成			年		月	日				
·情 報	申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	Ŧ				電話				(	)							
	社員番号					メール	アトレス											
	出産した方 (該当に〇)	本人(被保険者)・ 家族(被扶養者)					Eした 氏名											
	出産した 年月日	令和 年 月 日					した方 手月日	昭和 平成	_		年		月	目				
	生産または死産の別 (該当に○)	生産・死産・生産、死産混在				生産 児数	人	死産 児数		人	死産の時 妊娠経過		満	週 ) 日				
申請内容	出生児の氏名						険者と  の続柄				出産児 被扶養者			はいいえ				
容	出産した医療機関名称	A					をした 関住所											
	■下記に該当する場合に記入 1. 被保険者が退職後6か月以内の出産→ 現在加入している保険者名・記号番号 等					保険	者名	電話		(	)							
	2. 被扶養者が認定後	66か月以内の出	<b>≟</b> 産→				記号-番号			`								
	領委任する場合は、委	任状に記入して	下さい															
-	本申請に基づく給付金は					令和	年	月	日									
委任状	被保険者(申	氏	: 名															
11	代理人 (実際に給付を受	氏	: 名															
振込先情報	金融機関コード						コード											
	金融機関名称					銀 行 信用金庫								本店 支店				
	預金種別	普通     その他       当座     ( )			口座名義 (カタカナ)													
■証			)		■証明欄(いずれか一方の証明を受けてください)													
			ださい)			ili	<b>玄</b> 左口 -		<b>△</b> ±-		左							
医師	出産者氏名	証明を受けてく		生産主	たは死産の		産年月日 生産・死	産(妊娠等	令和		年たけ満	月调	日					
師・	出産者氏名	証明を受けてく	児)	生産まれ	たは死産の		産年月日 生産・死)				年たは満	月週		月)				
師・助産	出産者氏名 出生児の数 単	証明を受けてく	児)	生産また				産(妊娠第			•	-						
師・助産師	出産者氏名 出生児の数 単 上記のとおり相違な	証明を受けてく <sup>(全</sup> 胎・多胎( いことを証明する	児)		の所在地			産(妊娠第			•	-						
師・助産	出産者氏名 出生児の数 単 上記のとおり相違な 令和 年 月	証明を受けてく <sup>(全</sup> 胎・多胎( いことを証明する	児)	医療施設 医療施設 医師・助産	の所在地の名称				÷		•	-						
師・助産師 ※ 市	出産者氏名 出生児の数 単 上記のとおり相違な 令和 年 月	証明を受けてく <sup>(全</sup> 胎・多胎( いことを証明する	児)	医療施設 医療施設 医師・助産	の所在地の名称	別	生産・死	産(妊娠第	氏名	月ま	たは満	週		日)				
師・助産師 ※ 市区町	出産者氏名 出生児の数 単 上記のとおり相違な 令和 年 月 本籍 出生児氏名	証明を受けてく ف胎・多胎( いことを証明する 日	児)	医療施設 医療施設 医師・助産	の所在地の名称	別			÷	月ま	•	-		日)				
師・助産師 ※ 市区	出産者氏名 出生児の数 上記のとおり相違な 令和 年 月 本籍 出生児氏名 上記のとおり相違な	証明を受けてく ف胎・多胎( いことを証明する 日	児)	医療施設 医療施設 医師・助産	の所在地の名称	別	生産・死		氏名	月ま	たは満	週		日)				
師·助産師 ※ 市区町村	出産者氏名 出生児の数 上記のとおり相違な 令和 年 月 本籍 出生児氏名 上記のとおり相違な	証明を受けてく	児)	医療施設 医療施設 医師・助産	の所在地の名称	別	生産・死		氏名	月ま	たは満	月		日)				
師·助産師 ※ 市区町村長 ※	出産者氏名 出生児の数 上記のとおり相違な 令和 年 月 本籍 出生児氏名 上記のとおり相違な	証明を受けてく 益胎・多胎( いことを証明する 日	児) 3 筆頭者	医療施設。 医療施設。 医師·助産 氏名	の所在地 の名称 師の氏名	別出	生年月日	母のほ	氏名 令和	月ま	年	月	F	日)				
師·助産師 ※ 市区町村長 ※	出産者氏名 出生児の数 単 上記のとおり相違な 令和 年 月 本籍 出生児氏名 上記のとおり相違な 令和 年 月	証明を受けてく 益胎・多胎( いことを証明する 日	児) 3 筆頭者	医療施設の医療施設の医師・助産氏名	の所在地 の名称 師の氏名	別出	生年月日	母のほ	氏名 令和	月ま	年	月	F	日)				
師·助産師 ※ 市区町村長 ※ 備a	出産者氏名 出生児の数 単上記のとおり相違な令和 年 月 本籍 出生児氏名 上記のとおり相違な令和 年 月 ※医師・助産師、市個人番号(被保険者証※マイナンバーを記入し	証明を受けてくだけ。   を計・多胎(いことを証明する)   日   いことを証明する   日   に区町村長の証の記号番号を記力   た場合は、個人番	児) 5 筆頭者 3 こ明が受け した場合に 号確認、身	医療施設のため、	の所在地の名称 語師の氏名 長名 易合は、出	出生証明書	生年月日(写し)等の	母のほの公的書	氏名 令和	月ま	年てください	月	E E	日)				
師·助産師 ※ 市区町村長 ※ 備考	出産者氏名 出生児の数 単 上記のとおり相違な 令和 年 月 本籍 出生児氏名 上記のとおり相違な 令和 年 月 ※医師・助産師、市	証明を受けてくだけ。   を治・多胎(いことを証明する)   日   「区町村長の証の記号番号を記力   た場合は、個人番の記号番号に載の個人番号記載の	児) 5 筆頭者 5 にた場合に きっぱい はっぱい はっぱい はっぱい はっぱい はっぱい はっぱい はっぱい は	医療施設の医療施設の医療・助産氏名 市区町村計られない場合に対し、元確認のためには、③個人	の所在地 の名称 手師の氏名 長名 場合は、出 の以下の書類 番号カード(i	出生証明書 を添付してで両面)の写し	生産・死 生年月日 (写し)等( ください。 のいずれ	母のほの公的書	氏名 令和	月ま	年てください	月、。	E E	日)				
師·助産師 ※ 市区町村長 ※ 備考	出産者氏名 出生児の数 単上記のとおり相違な 令和 年 月 本籍 出生児氏名 上記のとおり相違な 令和 年 月  ※医師・助産師、市 個人番号(被保険者証 ※マイナンバーを記入し ①通知カードの写し ② ・上記①または②を添付 1. 医療機関等との合意	証明を受けてく 益胎・多胎( いことを証明する 日 にとを証明する 日 にとを証明する の記号番号を記力 た場合は、運転免 で関しるは、運転免 文書の写し	児) 5 筆頭者 5 にた場合に きっぱい はっぱい はっぱい はっぱい はっぱい はっぱい はっぱい はっぱい は	医療施設の医療施設の医療・助産氏名 市区町村計られない場合に対し、元確認のためには、③個人	の所在地 の名称 手師の氏名 長名 場合は、出 の以下の書類 番号カード(i	出生証明書 を添付してで両面)の写し	生産・死 生年月日 (写し)等( ください。 のいずれ	母のほの公的書	氏名 令和	月ま	年てください	月、。	E E	日)				
師·助産師 ※ 市区町村長 ※ 備考 添せ	出産者氏名 出生児の数 単 上記のとおり相違な 令和 年 月 本籍 出生児氏名 上記のとおり相違な 令和 年 月 ※医師・助産師、市 個人番号(被保険者証 ※マイナンバーを記入し ①通知カードの写し ②・上記①または②を添付	証明を受けてくだ。 益胎・多胎(いことを証明する。 日 いことを証明する。 日 の記号番号を記力 た場合は、運転免の場合は、運転免の場合は、運転免の場合は、できる領収書の写しる領収書の写し	児) 5 筆頭者 1 した場合は 1 号確認、の写し 1 会に 1 会	医療施設の 医療施設の 医師・助産 氏名 市区町村力 けられない場 は記入不要) ア元確認のため アレ ③個人 またはパスポ	の所在地 の名称 手師の氏名 長名 場合は、出 の以下の書類 番号カード(i	出生証明書 を添付してで両面)の写し	生産・死 生年月日 (写し)等( ください。 のいずれ	母のほの公的書	氏名 令和	月ま	年てください	月、。	E E	日)				

4.海外渡航期間がわかる書類(パスポート等)の写し 5.海外の医療機関等に照会することの同意書