

被保険者
家 族

出産育児一時金 ・ 出産育児付加金 請求書

請求者が記入するところ	① 被保険者の 記号・番号		(記号)	(番号)	② 事業所名			
	被保険者の (請求者の) 氏名 住所・郵便番号		③ フリガナ ()		④ 住所 〒 () Tel ()			
	⑤ 被扶養者の出産であるときは 被扶養者の氏名・生年月日		氏名	生年月日		年 月 日		
	⑥ 出産年月日		令和 年 月 日		⑦ 出生児はあなたの何子目ですか 子目			
	生産・死産		妊娠第 又は第	週 カ月	⑧ 出生児はあなたの 被扶養者ですか	ア. 被扶養者である イ. 被扶養者でない イの場合 (A) 夫の被扶養者である (B) その他 ()		
	⑨ 被扶養者の認定を受けた日から6ヵ月 以内に出産の場合は、被扶養者が以前 加入していた被保険者証の記号・番号 及び保険者名 資格喪失後の出産の場合は、現在加入 の被保険者証の記号・番号及び保険者名		(記号)	(番号)	(被保険者名)			
			(保険者名)		⑩ 他 の 制 度 か ら 出 産 費 を 受 け た か ど う か ア. 受けた イ. 受けていない ウ. 請求中			
	⑪ 希望するところに ○をつけて下さい		A 銀行振込		B 健保組合の窓口支払い		C 代理人に委任	
	A・Cに○をつけた方 は記入して下さい		通帳をお確かめのうえ記入下さい。		フリガナ () () 銀行 信用金庫 _____ 支店 店番 _____ フリガナ () 口座番号 (普・当) _____ 名義人氏名 _____		* 被保険者又は 請求者の口座 に 限 り ま す 。	
	Cに○をつけた方 は 記入して下さい		この給付金の受領を		住所 氏名 _____ に委任します。 被保険者(請求者)氏名			
⑫ 照会の同意		本請求について、他保険者等に照会することを同意します。		令和 年 月 日 氏名	領収書 ¥ _____ 左の金額を領収しました。 年 月 日 氏名			
備考		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、備考欄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、本人確認するための添付書類が必要です。)						

⇒ いずれか一方で差し支えありません。

医師・助産師の証明欄	出産者氏名	出生年月日	令和 年 月 日
	出生時数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → () 児	生産または死産の別 <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 週)
	うえのとおり相違ないことを証明します。		
	年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 Tel () -		
	本 籍		
市区町村長の証明欄	母の氏名	出生児氏名	出生年月日
			令和 年 月 日
	うえのとおり相違ないことを証明します。		
年 月 日 市区町村長名			(印)