

被保険者  
家 族

出産育児一時金 ・ 出産育児付加金 請求書

◎記入するときには、「裏面の記載要領」をご覧ください。

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・印 住所・郵便番号	③ 氏名 フリガナ ( _____ )	④ 住所	〒 _____	_____
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	平成 _____年 _____月 _____日 生産 _____ 死産 _____	妊娠第 _____ 週 又は第 _____ 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 (A) 夫の被扶養者である (B) その他 ( _____ )
⑦ 出生児の氏名	フリガナ _____	⑨ 出生児はあなたの何子目ですか	_____ 子目	
⑩ 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) _____ (保険者名) _____ TEL _____	(被保険者名) _____	⑪	ア. 受けた 他の制度 から出産費 を受けたか どうか ウ. 請求中
⑫ 給 付 金 の 受 領 方 法	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に○をつけた方 は記入して下さい * 被保険者又は 請求者の口座 に限りです。	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 _____		
	Cに○をつけた方 は記入して下さい * 請求者印は③欄に 押した印に限りです。	この給付金の受領を 住所 _____ 氏名 _____ ⑩に委任します。 被保険者(請求者)氏名 _____ ⑩		
⑬ 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。 平成 _____年 _____月 _____日 氏名 _____ ⑩	領 収 書	¥ _____	左の金額を領収しました。 _____年 _____月 _____日 氏名 _____ ⑩
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・助産師が証明するところ	(A) 出 産 年 月 日	(B) 生産・ 死産の別	生産 _____ 死産 _____ 妊娠第 _____ 週 又は第 _____ カ月	出生児の数	単胎 _____ 多胎 ( _____ ) 児)
	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 _____ ⑩ TEL ( _____ ) _____				
市区町村長が証明するところ	本 籍		筆 頭 者 氏 名		
	出 生 届 出 日	出 生 児 氏 名	出 生 年 月 日		
	平成 _____年 _____月 _____日		平成 _____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 _____ ⑩				