

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	フリガナ ()	③ 氏名	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	平成 年 月 日	妊娠第 週 又は第 ヵ月	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)	(被保険者名)	⑪ 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
⑫ 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	¥ 年 月 日	左の金額を領収しました。 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 ヵ月	出生児の数	単胎 多胎 (児)
市区町村長が証明するところ	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 ()				
	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	
	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				