

健康保険 被保険者 出産育児一時金支給申請書
被扶養者

【直接支払制度利用なしまたは海外で出産した場合】

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号	番号	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	氏名	フリガナ		メールアドレス				
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒		電話	()			

申請内容	出産した方 (該当に○)	本人(被保険者)・家族(被扶養者)		出産した 方の氏名					
	出産した 年月日	令和	年	月	日	昭和 平成	年	月	日
	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	死産の時は 妊娠経過期間	満 ()週 ()日
	出産した 医療機関名称			被保険者と 出生児の続柄					
	出産した 医療機関住所								
	■下記に該当する場合に記入				保険者名	電話 ()			
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				記号-番号	-				
2. 被扶養者が認定後6か月以内の出産→ 以前加入していた保険者名・記号番号 等									

振込先情報	金融機関コード			支店コード				
	金融機関名称			銀行	本店			
	預金種別	普通 当座	その他 ()	口座番号			口座名義 (カタカナ)	支店

■証明欄(いずれか一方の証明を受けてください)

医師・助産師 ※	出産者氏名			出産年月日	令和	年	月	日
	出生児の数	単胎・多胎()児	生産または死産の別	生産・死産(妊娠第	月	または満	週	日)
	上記のとおり相違ないことを証明する 令和 年 月 日 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名							
市区町村長 ※	本籍			筆頭者氏名			母の氏名	
	出生児氏名			出生年月日	令和	年	月	日
	上記のとおり相違ないことを証明する 令和 年 月 日 市区町村長名 (印)							

※医師・助産師、市区町村長の証明が受けられない場合は、出生証明書(写し)等の公的書類を添付してください。

添付書類	1. 医療機関等との合意文書の写し 2. 医療機関等が発行する領収書の写し ※海外で出産した場合は以下の書類を添付してください。 1. 出産した事実を証明する証明書 2. 出生証明書の日本語翻訳 3. 領収書の写し 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
------	---

受付日付印