

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 ケンポ タロウ	健保 太郎	メールアドレス	○○△△@○○○.ne.jp	
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒123-4567 東京都○○区○○町1-2-3 △△マンション456号室 電話 03 (7891) 2345				

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	健保 花子				
	出産した 年月日	令和 ●●年●●月●●日	出産した方 の生年月日	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	1人	死産 児数	人	死産の時は 妊娠経過期間	週
	出産した 医療機関名称	○○産婦人科		被保険者と 出生児の続柄	長男			
	出産した 医療機関住所	神奈川県横浜市○○町3-3-3						
■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カ月以内の出産→ 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カ月以内の出産→ 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	1234		支店コード	123	
	金融機関名称	●●		銀行 信用金庫	●● 本店 支店	
	預金種別	○ 普通 当座 ()	口座番号	1234567	口座名義 (カタカナ)	ケンポタロウ

■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)	
市区町村長	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				
この欄は、医療機関又は市区町村長に証明を依頼してください。					
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