# 健康保険　被保険者／家族　出産育児一時金支給申請書

**被保険者（請求者）が記入するところ**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者証 | 記号 | | 番号 | |
| 被保険者の住所・氏名・生年月日 | 住所 | 〒　－<br>電話　（　） | | |
| | 氏名 | （フリガナ） | | |
| | 生年月日 | 昭・平　年　月　日 | | |
| 家族の出産であるときはその者の氏名・生年月日 | 氏名 | （フリガナ） | | |
| | 生年月日 | 昭・平　年　月　日 | | |
| 出産年月日 | 令和　年　月　日 | 出産児数 | 人 | 死産児数　人<br>（妊娠第　週又は　ヵ月） |
| 出産児の氏名 | （フリガナ） | 続柄 | | この出産に関して他の制度から給付を受けられますか　いいえ　はい |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 請求者本人の退職等により、健康保険又は船員保険の被保険者資格喪失後、6か月以内出産することによる請求である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号 | 保険者名 | | | |
| | 記号 | | 番号 | |
| 請求者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内出産することによる請求である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号 | 保険者名 | | | |
| | 記号 | | 番号 | |

**医師又は助産師が証明するところ**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 出産年月日 | 令和　年　月　日 | 出産又は死産の別 | 生産・死産（妊娠第　週又は　ヵ月） |
| 出産児の数 | 単胎・多胎（　児） | 備考 | |

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和　年　月　日

医療機関の　所在地

名　称　　TEL　（　）

医師又は助産師の氏名

**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 | 令和　年　月　日 | 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

**受取方法等**

□マイナポータル等での事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は□に✓してください。利用しない場合は、下記の欄を記入してください。注）口座情報の反映には数日を要します。また代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 振込先 | 銀行・農協<br>信用金庫<br>信用組合　本　店<br>支　店<br>出張所 | 普通<br>・<br>当座 | 口座番号 |
| | 口座人名義 | フリガナ | |

**委任欄**

本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。

令和　年　月　日

被保険者（請求者）氏名

| | | |
|---|---|---|
| 代理人の | 住所 | 〒 |
| | 氏名 | |