

被保険者	被保険者証	記号	被保険者氏名
		番号	

下記のとおり出産一時金支給を申請します

申請内容	出産した方	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 家族	(氏名: _____ 続柄: _____)		
	出産した方の生年月日	昭和・平成	年	月	日	
	出産した年月日	令和	年	月	日	出生児の氏名
	生産または死産の別	1. 生産		2. 死産	3. 生産・死産混在	
	「1. 生産」の場合出生人数	<input type="text"/> 人	「2. 死産」の場合死産児数	<input type="text"/> 人	「2. 死産」の場合 妊娠経過期間	満 <input type="text"/> 週
	医療施設	名称		所在地		
	被保険者の出産の場合、在職中の出産ですか	<input type="checkbox"/> はい (以下記入不要)		<input type="checkbox"/> いいえ (現在加入している保険者(健保組合)等を、下記に記入してください)		
出産当日加入している保険者 (健保組合等)	保険者名		記号・番号			
	電話番号		()			
上記の保険者からの出産育児一時金について	<input type="checkbox"/> 受給した/受給予定(請求中)		<input type="checkbox"/> 受給しない/請求しない			

※ 保険証の記号「1300」の方、請求時に退職されている方は①振込先をご記入ください。(ゆうちょ銀行の取り扱いはありません) 上記以外の方は、事業所経由で支給されますので②委任状欄へご記入ください。

① 振込先口座	金融機関名称	銀行 () 金庫 () 組合 () その他 ()	本店 () 支店 () 出張所 () 支所 ()	預金種別	1. 普通 2. 当座			
	口座番号	(フリガナ) ()	口座名義	1. 申請者 2. 代理人				
※「代理人」が当健保加入の被扶養者以外の場合は、被保険者との続柄を証明する書類を添付してください。								
② 委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。				令和	年	月	日
	被保険者 (申請者)	住所	氏名					

【被保険者のマイナンバー記載欄】

※上記に被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。

マイナンバーで申請の場合: 1. 本人確認のため、通知カード等の写しも添付してください。
2. 申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。

(注) 以下、いずれかに証明を受けてください。市区町村による証明欄は、生産の場合のみに限ります。

医療施設の証明欄	出産者氏名	出産日	令和	年	月	日
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 () 児	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 () 妊娠	週	
	上記のとおり相違ないことを証明します。	医療施設の所在地	医療施設の名称	医師・助産師の氏名		
	令和	年	月	日		

市区町村の証明欄	母の氏名	出生児の氏名	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します。						
	市区町村長名						印

健保受付印