

提出日 令和 年 月 日

課長	担当

出産育児一時金（被保険者）

家族出産育児一時金（被扶養者）

内払金申請書

支給決定額 _____ 円

被 保 険 者 の 記 入 欄	記号	番 号	被保険者氏名	分娩した者の氏名	分娩した者の生年月日		
					昭和 平成	年 月 日生	
	事業所の名称						
	出産年月日		平成 令和 年 月 日				
	出生児の氏名					性別	男・女
	死産のときは その旨		妊 娠 月 (週)				
	出産した医療機関 所在地・名称		所在地				
			名 称				
	上記により申請いたします。 印 被保険者 住 所 氏 名 電 話 () -						
	被保険者の口座						
振込先金融機関名		支 店 名	預金種別	口 座 番 号		被保険者名（口座名義）	
ふりがな 銀行 農協		ふりがな 本店 支店	1.普通 2.当座			ふりがな	
事 証 業 明 主 欄	本申請書の内容を確認し、上記の 通り相違ないことを証明します。		事業主の住所、名称、氏名及び印				

添付書類：医療機関等が発行する領収・明細書のコピー
医療機関等との合意文書のコピー