

記入日 令和 年 月 日

支給決定額 _____ 円

出産育児一時金（被保険者） (健保組合使用欄)
 支給申請書
 家族出産育児一時金（被扶養者）

記号 - 番号		被保険者氏名		事業所の名称	
—		—		—	
※1					
被保険者の住所				被保険者の電話番号	
〒 —					
分娩した者の氏名		分娩した者の生年月日		昭・平 年 月 日	
分娩年月日		令和 年 月 日		生産又は死産の別 <input type="checkbox"/> 生産 (人) <input type="checkbox"/> 死産 月 (週)(人)	
出生児の氏名		(フリガナ)			
資格喪失後の本人（被保険者）が申請の場合		入社年月日	平・令 年 月 日	退職年月日	令和 年 月 日
		① 退職後に加入した保険者名	【保険者】 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 任継 <input type="checkbox"/> (夫の) 被扶養者 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ		【名称】
家族（被扶養者）が出産6ヶ月以内に勤務していた場合		② 当時の勤務先と保険者名	【会社名】		【TEL】 () -
			【保険者名】		【TEL】 () -
			【退職年月日】 令和 年 月 日		
①又は②の保険者に 出産育児一時金を請求しています		<input type="checkbox"/> 請求している <input type="checkbox"/> 請求していない			
(委任の場合)		を代理人として上記金額の受取方を委任します。			
(振込先金融機関名)	支店名	預金種別	(口座番号)		(口座名義)
ふりがな 坂行 金庫 豊協	ふりがな 支店	1. 普通 2. 当座			ふりがな

助産師の 医師又は 証明欄	分娩年月日	令和 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 月 週)
	出生時の数	単児 ・ 多児 (児)		
	上記の通り相違ないことを証明する。		令和 年 月 日	
所在地				
医師又は助産師名				

※1. 記号と番号が不明な場合は国のマイナポータルより確認してください。
 添付書類：分娩に要した費用の領収書（写し）、直接支払制度及び受取代理制度の利用合意文書（写し）