

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	事業所名	電話(内線)
	氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	住所	〒			
	電話番号等(日中の連絡先)	電話	( )	メールアドレス	

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						
	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	人	死産 児数	人	死産の時は 妊娠経過期間	満 ( )	週 日
	出生児の氏名			被保険者と 出生児の続柄		出生児は 被扶養者か	はい いいえ			
	出産した医療機関名称			出産した 医療機関住所						
	■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か月以内の出産→ 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か月以内の出産→ 以前加入していた保険者名・記号番号 等										

振込先情報	金融機関名称	銀行		本店	支店番号
		信用金庫		支店	
預金種別	普通 当座	その他( )	口座番号	口座名義 (カタカナ)	

【添付書類】  
1. 医療機関等との合意文書の写し  
2. 分娩機関が発行する領収書の写し  
※海外で出産した場合は出産した事実を証明するものと  
領収書の写しを添付してください。(日本語訳必須)

■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)	
	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 医療施設の名称 (印) 医師・助産師の氏名				
市区町村長	本籍	筆頭者氏名		母の氏名	
	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 (印)				

備考	個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	

受付日付印