

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金請求書

(直接支払制度や受取代理制度を利用しない場合/海外出産の場合にご提出ください)

令和 1 年 7 月 4 日 提出

記入例

被保険者が記入するところ	被保険者等記号・番号	記号 1	番号 1234	被保険者氏名(請求者) 生年月日	健保太郎 昭和・平成 55 年 10 月 5 日		
	被保険者氏名(請求者)の現住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション301号室			電話 ( 03 ) 1234 - 5678		
	事業所名称	〇〇株式会社					
	分娩した年月日	令和 1 年 7 月 1 日	1.出産児数	1 人	2.死産児数	0 人	死産の場合は 妊娠 ヶ月
	被扶養者が分娩した場合はその方の氏名	健保 花子		生年月日	昭和・平成 57 年 4 月 25 日		
	備考						
	■被保険者が資格喪失後6ヶ月以内の出産で申請する場合、現在の健康保険の種類を記入してください。 ■被扶養者が認定後6ヶ月以内の出産で申請する場合、以前加入していた健康保険の種類を記入してください。 (国民健康保険の場合は市町村名、協会けんぽの場合は都道府県支部、健保組合の場合は組合名を記入)	保険者名(国民健康保険又は健保組合名など)	〇×△健康保険組合 電話 ( 03 ) 9876 - 6789				
	記号	100	番号	200			
	勤務先名称	株式会社〇×△					
	被保険者氏名(世帯主名)	健保 花子					

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ	分娩した年月日	令和 年 月 日	出生児の数	単胎・多胎 ( 児 )		
	生産又は死産の別	生産・死産 ( 妊娠 週 日 )		備考		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日					
	医療施設名の名称・所在地	医師・助産師もしくは 市区町村長の証明が必要です				
	医師・助産師名	電話 ( )				
	本籍	市区町村長名				
出生届出日	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						

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 被保険者(請求者) 健保 太郎	令和 1 年 7 月 4 日
-----	--	----------------

支払金融機関	※退職後の申請の方は、必ずご記入ください。		
	支店番号	銀行 信金 信組	口座番号
	フリガナ	普通 当座	
名義人			

在職者の方は「委任状」欄に署名してください  
(給付金は給与口座と合算して振り込まれます)  
退職した方は、「支払金融機関」欄にご希望の口座  
をご記入ください  
(給付金は申請書に記載の口座に振り込まれます)

⑥ (海外出産の場合)海外渡航期間がわかる書類(パスポートの写し等)

社会保険労務士の提出代行者

受付日付印