

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)

氏名は自筆で  
ご記入ください。

令和1年7月4日 提出

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号と番号	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 55 年 10 月 5 日 平成				
	被保険者(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							
	分べんした年月日	令和 1 年 7 月 1 日		1: 生産児数 1 人	2: 死産児数 人	死産の時は その旨	(妊娠 ヶ月)		
	被扶養者が分べんした場合はその方の	氏名	健保 花子		生年月日	昭和 57 年 4 月 25 日 平成			
	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、現在の保険証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、以前加入していた保険証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	分べんした年月日	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。						年 月 日		
	医療施設名の名称・所在地								
	医師・助産師名						電話	( )	
	<b>医師・助産師もしくは市区町村長の証明が必要です</b>								
本籍			筆頭者氏名						
出生届出日	平成・令和 年 月 日	④出生児氏名	出生年月日	平成・令和 年 月 日					
上記のとおり相違ないことを証明する。						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(申請者) 健保 太郎 令和1年7月4日
-----	--

支払金融機関	※退職後の申請で、事業者の指示があった場合はご記入ください。		受付日付印	
	銀行	本店	普通・当座	
	支店番号	口座	支店	フリガナ

- 添付書類
- ① 医師または助産師が発行した出生証明書等、出産の事実を証明する書類または市区町村長(上記請求書の「医師・助産師又は市区町村長が証明するところ」に記載がない場合)
  - ② 医療機関等から交付される領収・明細書(写)
  - ③ 医療機関等から交付される合意文書(写)(国内出産の場合)
  - ④ 医療機関に照会することの同意書(原本)(海外出産の場合)
  - ⑤ (①～④が外国語で記載されている場合) 翻訳者の署名・押印がある翻訳文

在職中の方は「委任状」欄に署名をしてください。  
(給与と合算で振り込まれます。)

退職した方で事業者から指示があった方は、「支払金融機関」欄に希望の口座を記入してください。  
(ご希望の口座へ振り込まれます。)

社会保険労務士の提出代行者