

支給額						円	資格取得日	資格喪失日	備考
出産した日	令和	年	月	日			年	月	日

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金内払金支払依頼書

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号	② 被保険者氏名			フリガナ			③ 生年月日				
	④ 被保険者の現住所	フリガナ 〒						⑤ 電話番号				
	⑥ 被保険者が加入する事業所	名称	所在地			所属部署						
	⑦ 被扶養者が出産したための請求であるときはその方の氏名	続柄	生年月日	S	年	月	日	H				
	⑧ 出産した日	令和	年	月	日	⑨ 生産または死産の別	⑨-1	⑨-2	⑨-3	⑨-1出生児数	⑨-2死産児数	⑨-2死産の場合妊娠経過期間
						<input type="checkbox"/> 生産	<input type="checkbox"/> 死産	<input type="checkbox"/> 生産・死産(混在)	人	人	人	人
	⑩ 一年以上被保険者であった女性被保険者が資格を喪失し6ヶ月以内に出産したための請求であるとき											
	(a)退職日		年	月	日	(b)出産当時ご使用の保険証			家族の被扶養者・国民健康保険・その他()			
	(c)重複請求を防止するため健康保険組合が現在ご加入中の保険者に対して出産育児一時金の支払について確認することに同意しますか						<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない					
	(d)(b)の保険証の被保険者名				(e)(b)の保険証の記号番号				(f)(b)の保険証の発行元・連絡先			
	⑪ 出産したご家族が扶養者に認定されて6ヶ月以内に出産したための請求であるとき											
	(a)重複請求を防止するため健康保険組合が(c)の保険者に対して出産育児一時金の支払について確認することに同意しますか						<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない					
(b)出産したご家族が扶養認定前に使用していた保険証の記号・番号被保険者名				(c)(b)の保険証の発行元				(d)(c)の連絡先				
⑫ 支払希望金融機関		銀行 信金 信組			本店 支店 出張所			預金種別		普通 当座 その他()		
		口座番号						口座名義		フリガナ		

※医療機関等から交付される合意文書の写しおよび出産費用の領収・明細書の写しを必ず添付してください。
 ※「産科医療補償制度」に加入する分娩機関で出産した場合は、対象の分娩と分かる文言や印字・スタンプ等がある領収・明細書の写しを添付してください。
 ※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正者氏名をご記入ください。

医師・助産師または市区町村長証明欄	出産者の氏名	出 産 年 月 日	年	月	日	出生児数の単胎多胎(児)	生産・死産の別	生産・死産(妊娠週)		
	上記のとおり相違ないことを証明する。						令和	年	月	日
	医療施設の名称と所在地									
	医師・助産師の氏名						㊟			
市区町村長証明欄	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						㊟			

※文字を訂正する場合は記載者の名前の脇に押した印と同じ印を訂正印として捺印してください。

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。					
	令和 年 月 日					
	被保険者 住所 (申請者) 氏名					
	代理人の氏名	フリガナ			委任者と代理人との関係	
代理人の現住所	フリガナ 〒					

受付日付印

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正者氏名をご記入ください。

社会保険労務士の提出代行者	
---------------	--