被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

被保険者が記入するところ	被保険者	記号・番号	記号				番号							
		氏名									事業所名			
		住所												
	出産した人について	出産した人の氏名									出産した人の生年月日	昭和・平成　年　月　日		
		出産した日	令和　年　月　日								出産数	単胎・多胎（　人）		
		新生児氏名												
		出産した医療機関等	名称											
			所在地								TEL			
		※ 被保険者が出産の場合 → 資格喪失後6カ月以内の出産ですか？ ※ 被扶養者が出産の場合 → 扶養認定日以後6カ月以内の出産ですか？									**はい**・いいえ	はいの場合下欄に記入		
		◎被保険者が資格喪失後6ヵ月以内に出産の場合は、現在加入している保険者(健保)について ◎被扶養者が扶養認定日以後6ヵ月以内に出産の場合は、扶養認定前に加入していた保険者(健保)について	保険者名											
			記号				番号							
			住所								TEL			

この申請書の「給付金の受領」を事業主に委任します。
※任意継続被保険者は給付金を登録の口座に振り込みします。

被保険者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受付日付印

※ 妊娠85日（４ヵ月）以上の出産であれば、死産、早産、流産の別を問わず支給の対象になります。

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	出産年月日	令和　年　月　日	生産・死産の別	生産・死産	妊娠第　月、又は第　週
	出生児の数	単胎・多胎（　児）			
	上記のとおり相違ないことを証する。 令和　年　月　日 医療施設の名称所在地 医師・助産師名 市区町村長名				

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄	

支給支払決議	支給額	円	伺年月日		常務理事	事務長		係
			支給年月日					
	出産日	年　月　日	被保険者	被扶養者				