

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金(付加金)請求書

(申請者) 被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号	番号	事業所名称	
	被保険者の氏名	(フリガナ)			生年月日
	被保険者の住所・電話番号	(〒 -)			(日中の連絡先) TEL ()

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用の場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記欄を記入) <small>注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は公金受取口座を利用できません。</small>				
	金融機関名称	銀行・金庫 その他()	支店名	本店・支店 出張所	預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座番号	<input type="text"/>	口座名義 (カタカナ)		名義区分 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 代理人*

* 口座名義が被保険者本人ではない場合は受取代理人の欄も記入してください

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本請求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。		年 月 日
		氏名	住所: 被保険者(申請者)情報の住所と同じ	
	*代理人(口座名義人)	氏名	委任者との関係	
	住所	TEL ()		

申請内容	出産した者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)※ →		※家族の氏名	※家族の生年月日	年 月 日
	出産年月日	年 月 日		出生児氏名		
	生産または死産の別・人数	<input type="checkbox"/> 生産(人) <input type="checkbox"/> 死産(妊娠経過期間 満 週)(人)				
	出産した医療機関等	名称	所在地			

証明欄(いずれかにご記入ください)	医師・助産師の場合による	出産者氏名			出産年月日	
		出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)		生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 週)
		上記のとおり相違ないことを証明する。		医療施設の所在地		
	年 月 日		医療施設の名称			
			医師・助産師の氏名	ゴム印		
市区町村長による(生産のみ)	本籍			筆頭者氏名		
	母の氏名	出生児氏名	出生年月日			
	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	(印)	

[202302]

備考欄

受付印

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーで申請する場合は備考欄へご記入ください。
 (マイナンバー記載の場合は、個人番号確認、本人を確認するための添付書類が必要です)