

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金(付加金)請求書

被 保 険 者 の 情 報	被保険者証の 記号番号	記号 〇〇	番号 〇〇〇〇〇〇〇	事業所名称	(株) 〇〇〇〇〇〇 ←保険証から転記	
	被保険者の 氏名	(フリガナ) マルイ タロウ 丸井 太郎			生年月日	〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	被保険者の 住所・電話番号	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 東京都〇〇区〇〇1-2-3 ハイッ〇〇101			(日中の連絡先) TEL 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	

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	〇〇〇	銀行・金庫 その他()	支店名	〇〇 本店・支店 出張所	預金 種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座番号	左づめでご記入ください		口座名義 (カタカナ)	マルイ タロウ	名義 区分	<input checked="" 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	口座名義が被保険者本人では ない場合(名義区分が代理人) に記入してください	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
住所	TEL ()		

申 請 内 容	出産した者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)※	※家族の 氏名	丸井 花子	※家族の 生年月日	〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	出産年月日	〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		出生児氏名	丸井 〇〇	
	生産または死産 の別・人数	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 (1 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	〇〇〇病院	所在地	東京都〇〇区〇〇4-5-6	

証 明 欄 (い ず れ か に ご 記 入 く だ さ い)	医 師 ・ 助 産 師 に よ る 場 合	出産者氏名	この欄の記入は出産された病院にご依頼ください	
		出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎	※22週以上の分娩で「産科医療補償制度」に加入の医療機 関の場合は加入機関の押印された領収書または請求書の写 しを添付してください。
		上記のとおり相違ない	年	ゴム印
市 区 町 村 長 に よ る 場 合 (生 産 の み)	本籍	この欄の記入は医師・助産師による 証明がある場合は不要です		
	母の氏名			
	上記のとおり相違ない	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)