

# 被 保 険 者 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 証	記号				番 号								
	氏 名							事 業 所 名						
	住 所													
	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)					
	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 ?											はい	いいえ	はいの場合 下欄に記入
	※ 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 ?													
	◎ 被 保 険 者 が 資 格 喪 失 後 6 カ 月 以 内 に 出 産 の 場 合 現在加入している保険者(健保)について							保 険 者 名						
◎ 被 扶 養 者 が 扶 養 認 定 日 以 後 6 カ 月 以 内 に 出 産 の 場 合 扶養認定前に加入していた保険者(健保)について							記 号		番 号					
							住 所	TEL						

委 任 状	この申請書の「申請及び給付金の受領」を事業所代理人に委任します。						受付日付印
	被 保 険 者 氏 名 .....						
事 業 所 代 理 人 氏 名 .....							

医 師 村 長 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長	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					

※ 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。

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	同 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				