

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

差額分

該当する□に✓を記入してください。

被 保 険 者 記 入 欄	① 被保険者証 記号 - 番号	-		② 被保険者氏名						
	③ 被保険者 住 所	〒 -		電話	()					
	④事業所名									
	⑤出産年月日	令和	年	月	日	⑥ 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産			
	⑦生産の場合	出生児数 () 人			⑧ 死産の場合	死産児数 () 人				
		妊娠経過期間 () 週								
	⑨ 家族が出産したときは その氏名と生年月日					<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日生	
	⑩ 出産した 医療機関等	名 称								
		所 在 地								
	⑪ 被保険者のマイナンバー (①欄の記号番号を記入の場合は不要です)									
⑫ 受領委任欄	本申請に基く給付金に関する受領を _____ に委任します。 被 保 険 者 氏 名 _____									

※ 被保険者が押印されない場合は、□に✓を記入してください。

確 認 欄	<input type="checkbox"/>	被保険者本人が記入したものである。
	<input type="checkbox"/>	事業所が記入し、記入内容に誤りがないか被保険者本人が確認している。

令和 年 月 日 提出

【注意事項】

1. 標題は被保険者が出産したときは「被保険者」を、家族が出産したときは「家族」を○で囲んでください。
2. 医療機関等から交付された費用の内訳が記載された領収・明細書（写）を添付してください。

受付日付印