

支給額	円	被保険者 家族	出産育児一時金(付加金)請求書	
-----	---	------------	-----------------	--

被保険者証の 記号一番号	—	事業所の名称	
被保険者の氏名		被保険者の生年月日	□昭和 □平成 年 月 日
出産年月日	令和 年 月 日	死亡のときはその旨	
出産した場所	医療施設等の名称		
	医療施設等の所在地	〒	

被扶養者の出産であるときはその氏名・生年月日		□昭和 □平成 年 月 日
出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で ある ない	出生児が被扶養者でないときはその理由
他制度から給付を受けているかどうか	受けている 受けていない	

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。(利用する場合は 利用しない場合は下記「委任状」を記入)

上記のとおり申請します。
 令和 年 月 日 〒
 健康保険組合理事長 殿 住所
 被保険者の 氏名

委 任 状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	令和 年 月 日	請求した出産育児一時金(家族出産育児一時金)・出産育児付加金(家族出産育児付加金)の受領に関すること。
		〒 住所 被保険者の 氏名
		〒 住所 代理人の 氏名

<個人振込> 任意継続被保険者 その他()

振込希望の銀行口座	銀行	支店	口座番号	普通 当座
口座名義	(フリガナ)			

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 証 区 明 町 す 村 の 長 欄 が	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					
	本籍				筆頭者氏名	
	出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名		出生年月日	令和 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名					