出産育児一時金・付加金
家族出産育児一時金・付加金　支給申請書

【添付書類】
・医療機関等から交付された直接支払制度を利用しない合意文書の写し（または、「直接支払制度を利用していない旨」が記載された領収・明細書の写し）
・医療機関等から交付された出産費用についての領収・明細書の写し（産科医療補償制度対象分娩については、「産科医療補償制度加入機関」スタンプが押された領収・明細書の写し）

被保険者が記入するところ

①被保険者証記号番号	記号		番号		②被保険者（申請者）氏名	※自署してください
③ 事業所名称						
④被保険者（申請者）住所・電話番号	〒　　－ TEL（　　）　　－					
⑤ 出産年月日	令和　　年　　月　　日				⑥ 生産・死産の別	生産 ・ 死産（妊娠　　週）
⑦家族の出産であるときは、その氏名と生年月日	氏名		続柄		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
⑧ 出生児の氏名					⑨出生児が被扶養者かどうか	被扶養者で　ある ・ ない
被扶養者でないときはその理由	1. 夫の被扶養者になる　　2. その他（　　）					
⑩被保険者が出産した場合	該当する支給条件はどちらですか 1. 被保険者期間中の出産 2. 資格喪失後6ヵ月以内の出産 （2の場合は出産日現在加入している医療保険制度を下欄↓⑪に記入してください）				⑩家族（被扶養者）が出産した場合	当健保の加入から6ヵ月以内の出産であるか 1. なし 2. ある （2の場合は以前加入していた医療保険制度を下欄↓⑪に記入してください）

⑪制度名及び保険者	加入時の氏名	保険証記号番号
健康保険組合 協会けんぽ　　支部 国民健康保険　　市町村名（　　）		記号　　番号

※資格喪失後6ヵ月以内に出産した被保険者が請求する場合のみ記入してください

公金受取口座　□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の欄を記入。）

銀行等名称	本・支店名	口座種別	口座番号	口座名義（カタカナ）
銀行 信金	本店 支店	1.普通 2.当座		

委任状

この申請書は申請者本人が作成したものであり、本申請書に基づく給付金に関する受領を下記の者に委任することを申請者本人が確認しています。

令和　　年　　月　　日

委任された者の
事業所所在地
事業所名称
代表者氏名

被保険者氏名
※自署してください

※右記のいずれかの証明が必要です

医師・助産師による証明の場合

出産者氏名		出産年月日	令和　　年　　月　　日
出生児の数	単児 ・ 多児（　　児）	生産・死産の別	生産 ・ 死産（妊娠　　週）

上記のとおり相違ないことを証明する

令和　　年　　月　　日

医療施設の所在地
〃　　名称
医師・助産師氏名

市区町村長による証明の場合（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	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　　印

備考欄	

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、備考欄へ記載してください。被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。
（マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類（通知カード又は個人番号記載住民票の写し等）」及び「身元確認書類（運転免許証又はパスポートの写し等）」が必要です。また、事業主様経由で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類（申請書の提出を事業主に委任する内容を記載した文書）」及び「代理人の身元確認書類（事業主の運転免許証又はパスポートの写し等）」が必要となります。）

愛知県情報サービス産業健康保険組合