

届書コード	届書
3 2 1	

# 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

◎ 記入については、裏面「記入上の注意」をご覧ください。  
 ◎ 「※」印欄は記入しないでください。  
 ◎ 添付書類等については裏面に掲載してあります。必ずご覧ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号				④ 生 年 月 日		⑤ 被扶養者番		⑥ 給付記録番		⑦ 受 代 理 人		送 信	⑧ 受 付 年 月 日	
	①	②	③	5 : 昭 7 : 平	年	月	日	※	※	※	0 : 無 1 : 有	※		年	月
	⑨ 被 保 険 者 (フリガナ) (申請者)の氏名と印						⑦ 名 称		⑩ 所 在 地						
	⑪ 被 保 険 者 (申請者)の住所				⑩ 郵便番号		⑪ 住所コード		電話 ( )						
	被扶養者が出産したための申請であるときは、その方の				⑫ 氏 名		⑬ 生 年 月 日		昭和 年 月 日生 平成						
	⑭ 出 産 した 年 月 日		令 和 年 月 日		⑮ 生 産 児 数		⑯ 死 産 児 数		⑰ 死 産 の 旨		⑱ 妊 娠 経 過 期 間		カ 月 週		
	⑲ 出 生 児 の 氏 名 (フリガナ)						⑳ 被 保 険 者 と 出 生 児 の 続 柄								
	㉑ 法第3条第2項被保険者として支給を受けた場合はその額 (調整減額)				円		㉒ 調 整 減 額 コー ド		㉓ 海 外 示		㉔ 特 別 支 給 コー ド		備 考		
	㉕ 被保険者の出産育児一時金申請であるときは、夫の被保険者証の														
	記 号 番 号			氏 名			勤 務 先			保 険 者 名					
( 年 月 日生)															

が 証 明 す る と こ ろ	出 産 した 年 月 日	令 和 年 月 日			生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 週)		
	出 生 児 の 数	単 胎 ・ 多 胎 ( 児 )			備 考			
	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 名 称 ・ 所 在 地				印			
	医 師 ・ 助 産 師 名				印			
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							印	

支 払 金 融 機 関 の 欄	⑳ 支 払 区 分	振 込		㉑ 預 金 種 別	㉒ 銀 行 金 庫 信 組		本 店 支 店 出 張 所	
	㉓ 金 融 機 関 コー ド	※			1 : 普 通	信 連 信 漁 連 農 協 漁 協		本 所 支 所 本 店 支 店
	㉔ 口 座 番 号	※			2 : 当 座	口 座 名 義 (カタカナで記入)		
				9 : そ の 他				

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。													
	令和 年 月 日													
	被 保 険 者 (申請者)の住所						氏 名							
	⑳ 代 理 人 の 氏 名 と 印 (フリガナ)						㉑ 委 任 者 と 代 理 人 と の 関 係							
代 理 人 の 住 所						㉒ 郵 便 番 号		㉓ 住 所 コー ド		㉔ (フリガナ)		電話 ( )		送 信
令和 年 月 日 提出 受 付 日 付 印														
社 会 保 険 労 務 士 の 提 出 代 行 者 印						㉕								

## 記入上の注意 1（被保険者が記入するところ）

1. 標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方をマル（○）で囲んでください。
2. ④の欄は、該当する番号をマル（○）で囲んでください。
3. ⑨の欄は、被保険者が自ら記入（自署）する場合には、押印は不要です。なお、被保険者以外の方の押印を省略することはできません。

## 記入上の注意 2（医師・助産師又は市区町村長が証明するところ）

1. 生産の場合は、「医師・助産師又は市区町村長が証明するところ」の欄に、医師、助産師、または市区町村長の証明のいずれかを受けてください。
2. 死産の場合は⑮の欄は記入せず、「医師・助産師又は市区町村長が証明するところ」の欄に医師から妊娠何ヶ月目の死産であるかをかっこ内に書き入れてもらってください。

## 記入上の注意 3（支払金融機関の欄・受取代理人の欄）

1. ㉒の欄は、該当する番号をマル（○）で囲んでください。
2. ㉑の欄は該当する金融機関をマル（○）で囲んでください。
3. 給付金の受け取りを他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要事項を記入してください。また、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入してください。  
なお、受取代理人の欄の被保険者および受取代理人の㉑は必ず押してください。

## 添付書類について

1. 提出する際に下記の添付書類が必要となります。
  - 直接支払制度に合意しない旨の文書(写)
  - 領収明細書(写)
2. 医師・助産師又は市区町村長の証明が受けられない場合は、下記の確認できる書類が必要となります。
  - (ア) 戸籍謄(抄)本
  - (イ) 戸籍事項記載証明書
  - (ウ) 登録原票記載事項証明書
  - (エ) 出生届受理証明書
  - (オ) 母子手帳（原本を提示してください。確認後お返しします）
3. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。（翻訳文には、翻訳者の住所および氏名を明記してください。）