健康保険（被保険者／被扶養者）　出産育児一時金支給申請書

【直接支払制度利用なし または 海外で出産した場合】

被保険者情報

被保険者証等の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	○○○株式会社　○○支店 電話（内線）　03-1234-5678（999）
氏名	フリガナ　ケンポ　タロウ 健保　太郎		生年月日	昭和／平成　●●年●●月●●日
申請者住所 電話番号等（日中の連絡先）	〒123-4567 東京都○○区○○町1－2－3　△△マンション456号室 電話　03　（　7891　）　2345			
社員番号	1234567		メールアドレス	○○△△@○○○.ne.jp

申請内容

出産した方（該当に○）	本人（被保険者）　家族（被扶養者）	出産した方の氏名	健保　花子
出産した年月日	令和　●●年●●月●●日	出産した方の生年月日	昭和／平成　●●年●●月●●日
生産または死産の別（該当に○）	生産　死産・生産死産混在	生産児数	1人　死産児数　人　死産の時は妊娠経過期間　週
被保険者と出生児の続柄	長男	出産児は被扶養者か	はい　いいえ
出産した医療機関名称	○○産婦人科	出産した医療機関住所	神奈川県横浜市○○町3－3－3
■下記に該当する場合に記入 1. 被保険者が退職後6カ月以内の出産→ 現在加入している保険者名・記号番号　等 2. 被扶養者が認定後6カ月以内の出産→ 以前加入していた保険者名・記号番号　等		保険者名 記号-番号	電話　（　） －

※下記委任状欄に記入して下さい。（受領委任される場合は、必要事項もご記入ください。）

委任状

□　本申請書の提出を事業主へ委任します。（☑のないものは委任したものとみなします。）　←チェック☑して下さい。		
本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。	令和　年　月　日	
被保険者（申請者）	氏　名	
代理人（実際に給付を受領する者）	氏　名	

振込先情報

□　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）

注）口座情報登録の反映、給付金の支給につきましては、お時間を要します。また、下記の欄に口座の記入がある場合は、記入口座を優先させていただきます。

金融機関コード	1234		支店コード	123	
金融機関名称	●●　銀行／信用金庫		●●　本店／支店		
預金種別	普通	口座番号	1234567	口座名義（カタカナ）	ケンポタロウ

■証明欄（いずれか一方の証明を受けてください）

医師・助産師

出産者氏名		出産年月日	令和　年　月　日
出生児の数	単胎・多胎（　児）	生産または死産の別	生産・死産（妊娠第　月または満　週　日）

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

この欄は、医療機関又は市区町村長に証明を依頼してください。

市区町村長

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　　㊞

※医師・助産師、市区町村長の証明が受けられない場合は、出生証明書（写し）等の公的書類を添付してください。

受付日付印

添付書類

1. 医療機関等との合意文書の写し
2. 医療機関が発行する領収書の写し

※海外で出産した場合は以下の書類を添付してください。

1.出産した事実を証明する証明書　2.出生証明書の日本語翻訳　3.領収書の写し
4.海外渡航期間がわかる書類（パスポート等）の写し　5.海外の医療機関等に照会することの同意書

アクセンチュア健康保険組合