

支給決定 並びに 支出伺い	常務理事	事務長	係員	係員	支給日	令和	年	月	日	
					支給額					円
						産科医療補償制度	<input type="checkbox"/> 加入あり (500,000円) <input type="checkbox"/> 加入なし (488,000円) <small>令和5年4月1日より。それ以前は加入あり (420,000) 加入なし (408,000円)</small>			

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

被保険者 (申請者) 情報	記号	番号 (右詰め)	所属
	被保険者証の		
	氏名	(フリガナ) (自署)	生年月日
	住所	(〒 -) 都・道 府・県	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
電話番号	(TEL - -)		

申請内容	1. 出産した者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族 (被扶養者)	2. 出産年月日	令和	年	月	日
	1-①	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	3. 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在					
	3-① 「生産」の場合出生人数	<input type="checkbox"/> 人	3-② 「死産」の場合死産児数	<input type="checkbox"/> 人	3-②- (1) 「死産」の場合妊婦経過期間	満	<input type="checkbox"/> 週
4. 出産した医療機関等	名称	所在地					

証明欄 (いずれかにご記入ください)	医師・助産師による証明の場合	出産者氏名	出生年月日	令和	年	月	日
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → () 児	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠) 週			
		医療施設の所在地	医療施設の名称				
		上記のとおり相違ないことを証明する。	医師・助産師の氏名				
	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	出生年月日	令和	年	月	日
		出生児氏名	市区町村長名				

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) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座 <input type="checkbox"/> 口座番号 <input type="text"/> 左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナご記入ください。 <input type="checkbox"/> 口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 (被保険者) <input type="checkbox"/> 2. 代理人

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和	年	月	日	受付日付印
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()				
	住所	(フリガナ)	委任者と代理人との関係			
	氏名					

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーで申請する場合は、備考欄へ記載してください。【※注意】マイナンバーを記載した場合は個人番号確認、本人確認のための添付書類が必要となります。