

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金支払依頼書 差額申請書

この申請には添付書類が必要となります。添付書類につきましては記入例をご確認ください。

被保険者情報	被保険者証	記号	番号		
	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭・平・令	年 月 日
	住所	〒	—	都・道 府・県	
	事業所名称		電話番号 (日中の連絡先)	()	
			提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)	

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
			口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人

委任状	被保険者 (申請者)	本申請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
	代理人 (口座名義人)	住所				
		氏名	被保険者との関係()			

申請内容	出産した方 (どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	出生児の氏名						
	家族の場合は その方の	氏名	生年月日	昭・平・令	年 月 日 続柄()				
	出産した年月日	平・令	年 月 日	生産児数	人	死産児数	人	死産のとき (妊娠経過期間)	か月 週
	出産した 医療機関等	名称	所在地						
	他の健康保険 などに加入	出産日の前後6か月以内に他の健康 保険などに加入していた(いる)場合	勤務先		退職した場合は その年月日				
		保険者		記号番号					

証明欄	▶ 医師・助産師による証明の場合		出産者 氏名					
	出産年月日	平・令	年 月 日	生産児数	単胎・多胎() 児	生産又は 死産の別	生産・死産(妊娠	か月 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。 医療機関の所在地・名称 令和 年 月 日 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			出生児氏名	出生 年月日	平・令	年 月 日		
上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長 令和 年 月 日								

送付先	この給付金の支払通知書は		(〒	—)
	<input type="checkbox"/>	1. 事業所に 2. 自宅に 3. その他に	送付してほしい	その他の 住所	

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄