

支 給 決 定 伺

支 給 額	円
支 払 年 月 日	令和 年 月 日

資 格 取 得 日	平・令 年 月 日		
資 格 喪 失 日	令 年 月 日		

被 保 険 者 族
 家 族

出産育児一時金支給【差額】申請書

[記 号] - [番 号 : 右 づ め] 令和 年 月 日 提出

被保険者証の記号・番号	-						被保険者の氏名																											
被 保 険 者 の 住 所	(〒 -)		Tel ()				都・道 府・県																											
事 業 所 の 名 称																																		
出 産 し た 方 の 氏 名					生 年 月 日	昭・平 年 月 日																												
出 産 日	令和 年 月 日																																	
生 産 ま た は 死 産 の 別	<input type="checkbox"/> 生産の場合の出生人数 人		<input type="checkbox"/> 死産の場合の死産児数 人		(妊娠 週 日)																													
出 産 し た 医 療 機 関 等	(名称)		(所在地)																															
委 任 状	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。 (委任者と代理人との関係 : _____) 令和 年 月 日 被保険者の氏名 _____ (印) 代理人の住所 _____ (口座名義人) 氏名 _____ (印) Tel ()																																	
振 込 先	金融機関の名称	銀行・金庫 信組・農協 その他()				本店・支店 出張所 本所・支所																												
	預 金 種 別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当 座		口 座 番 号	左づめでご記入 ください																													
	口 座 名 義	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																														カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(°)は1字としてご記入下さい。)		

資格取得・喪失後6ヶ月以内に出産された申請である場合はいずれかに☑し、下欄の必要事項を記入して下さい。

- 被保険者の退職後6ヶ月以内の出産である
- 家族が被扶養者となってから6ヶ月以内の出産である

保険者名		保険者の電話番号	
記号・番号		勤務先名称	
被保険者氏名(世帯主)		被保険者との続柄	

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、備考欄に記載してください。
(マイナンバーを記載した場合には、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備 考	
-----	--

受付日付印
