

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  
 家族

出産育児一時金支給申請書

[ 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	(〒 - ) 都・道 府・県	TEL ( )	
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	Ⓜ	
	代理人の住所 (口座名義人) 氏名	Ⓜ	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
	口座名義	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。)	

証明欄 (①または②のいずれかの証明を受けてください)

①医師または助産師による証明

出 産 者 氏 名		出 産 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 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 名称 医師・助産師の氏名		TEL ( )	

②市区町村による証明の場合 (生産のみ)

本 籍		筆 頭 者 氏 名	
母 の 氏 名		出 生 児 氏 名	
出 産 日	平・令 年 月 日	出 産 日	平・令 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 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		Ⓜ	

受付日付印

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	
-----	--

(記入上の注意)

1. 標題は、被保険者が分娩したときは「被保険者」を、家族が分娩したときは「家族」に☑して下さい。
2. 「出産した方の氏名」欄は、被保険者(本人)の出産育児一時金の請求であるときは、「本人」と記入して下さい。
3. 「生産」であったが間もなく死亡したときは、備考欄に「出生児は、〇〇時間生存して死亡」等と記入し、「①医師または助産師による証明」欄の余白にも記入してもらってください。
4. 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	

5. 「医師、助産師が証明するところ」「市区町村長が証明するところ」は、どちらか一方で証明を受けて下さい。
6. 「死産」のときは必ず、妊娠何週目何日目の死産であるか、( )内に記入してもらって下さい。
7. 証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所、氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。
8. 各欄の訂正はそれぞれ記入した人の印をお願いします。