

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者(申請者)情報
被保険者証の記号番号
事業所の名称
氏名(フリガナ)
生年月日
住所
電話番号

申請内容
1 出産した方
2 出産年月日
3 生産または死産の別
4 出産した医療機関等
5 出産した方
5-1 「はい」の場合

証明欄(いずれかの証明が必要)
証明 医師・助産師による
証明 市区町村長による

振込先指定口座
金融機関名称
預金種別
口座番号

受取代理人の欄
被保険者(申請者)
代理人(口座名義人)
受付日付印

添付書類
◆直接支払制度を利用していないことを証する合意書の写し
◆出産費用の領収・明細書の写し