

届書コード			届書
3	2	1	

# 健康保険被保険者家族 出産育児一時金支給申請書

◎記入については、裏面「記入上の注意」をご覧ください。  
 ◎「※」印欄は記入しないでください。  
 ◎添付書類等については裏面に掲載してあります。必ずご覧ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		④ 生年月日		⑤ 被扶養者番号	⑥ 給付記録番号	⑦ 受取代理人	送 信	⑧ 受付年月日	
	①	②	③	1: 明大昭平 3: 年 5: 月 7: 日	※	※	※		0: 無 1: 有	※
	⑨ 被保険者(申請者)の氏名と印 (フリガナ)				⑦ 名称 ⑧ 所在地					
	⑩ 郵便番号		⑪ 住所コード		(フリガナ)		電話 ( )			
	被扶養者が出産したるための申請ときは、その者の				⑦ 氏名	⑧ 生年月日	昭和 平成 年 月 日生			
	⑫ 出産した年月日	平成 年 月 日	⑬ 出産児数	⑭ 死産児数	⑮ 死産のときはその旨		⑯ 妊娠経過期間	カ月 週		
	⑫ 出生児の氏名 (フリガナ)				⑮ 被保険者と出生児の続柄					
	⑯ 法第3条第2項被保険者として支給を受けた場合はその額(調整減額)				円	⑰ 調整減額コード	⑱ 海外表示	⑲ 特別支給コード	備考	
					※	0: 国内 1: 海外				
	⑰ 被保険者の出産育児一時金申請であるときは、夫の被保険者証の									
記号番号		氏名		勤務先		保険者名				
( 年 月 日生 )										

長 医 師 証 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村	出産した年月日	平成 年 月 日	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠)	カ月 週
	出生児の数	単胎・多胎 ( 児 )		備考	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名				
	本籍	筆頭者氏名		印	
出生届出日	平成 年 月 日	出生児氏名	出生年月日	平成 年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 市区町村長名					
印					

支 払 金 融 機 関 の 欄	⑳ 支払区分	1: 振込 2: 銀行送金 3: 郵便局送金 4: 当地払	㉑ 預金種別	1: 普通 2: 当座 3: 通知 4: 別段	㉒ 銀行金庫信組	本店 支店 出張所
	㉓ 金融機関コード	※			信連 漁連 農協 漁協	本所 支店 本店 支店
	㉔ 口座番号				口座名義	
銀行送金の場合		銀行		支店	郵便局送金の場合	
					郵便局	

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日					
	被保険者住所 (申請者) 氏名		印			
	㉕ 代理人の氏名と印	(フリガナ)	委任者と代理人との関係		平成 年 月 日提出	
	代理人の住所	㉖ 郵便番号	㉗ 住所コード	(フリガナ)	電話 ( )	送 信
		※			受付日付印	
社会保険労務士の提出代行者印		印				

### 記入上の注意 1（被保険者が記入するところ）

1. 標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方をマル（○）で囲んでください。
2. ④の欄は、該当する番号をマル（○）で囲んでください。
3. ⑨の欄は、被保険者が自ら記入（自署）する場合には、押印は不要です。なお、被保険者以外の方の押印を省略することはできません。

### 記入上の注意 2（医師・助産婦又は市区町村長が証明するところ）

1. 生産の場合は、「医師・助産婦又は市区町村長が証明するところ」の欄に、医師、助産婦、または市区町村長の証明のいずれかを受けてください。
2. 死産の場合は⑮の欄は記入せず、「医師・助産婦又は市区町村長が証明するところ」の欄に医師から妊娠何ヶ月目の死産であるかをかっこ内に入れてもらってください。

### 記入上の注意 3（支払金融機関の欄・受取代理人の欄）

1. ㉔㉕の欄は、該当する番号をマル（○）で囲んでください。
2. ㉖の欄は該当する金融機関をマル（○）で囲んでください。㉔支払区分の内容は次のとおりです。

支 払 区 分	内 容
1 振 込	給付が決定した場合、指定の金融機関の口座へ振込みます。郵便局の口座への振込は行っていません。
2 銀 行 送 金	給付が決定した場合、指定の銀行の窓口で受け取ることができます。
3 郵 便 局 送 金	給付が決定した場合、指定の郵便局の窓口で受け取ることができます。
4 当 地 払	給付が決定した場合、管轄の社会保険事務所の窓口で指定された日時に受け取ることができます。

※「2 銀行送金」と「3 郵便局送金」は、指定できない場合があります。希望されるときはあらかじめ社会保険事務所にご確認願います。

「当地払い」は、管轄の社会保険事務所から通知により指定された日時に受けることとなりますので、ご了承願います。

以上により、銀行等に口座がある場合は、便利で確実な「振込」を希望されることをおすすめいたします。

3. 給付金の受け取りを他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要事項を記入してください。また、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入してください。  
なお、受取代理人の欄の被保険者および受取代理人の㉖は必ず押してください。

### 添付書類について

1. 医師・助産婦又は市区町村長の証明が受けられない場合は、下記の確認できる書類が必要となります。
  - (ア) 戸籍謄(抄)本
  - (イ) 戸籍事項記載証明書
  - (ウ) 登録原票記載事項証明書
  - (エ) 出生届受理証明書
  - (オ) 母子手帳(原本を提示してください。確認後お返しします)
2. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。(翻訳文には、翻訳者の住所および氏名を明記してください)