

直接支払 制度の利用	出産育児 一時金	円	資格 取得	平・令	年	月	日	常務理事	事務長	担当
	差額	円	資格 喪失	令和	年	月	日			
あり	出産育児一時金 付加金	円	支給日	令和	年	月	日			
なし	支給額	円								

被 保 険 者 族
 家 族 出産育児一時金（付加金）支給申請書

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 備 考	被保険者証：記号	被保険者証：番号	事業所	氏名	フリガナ							
	生 被 保 険 者 年 月 日 者	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	住所	〒	-	-	TEL	-	-		
	被扶養者が出産の場合はその方の氏名	続柄	生年月日	出産年月日	フリガナ							
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	令和	年	月	日				
	出生児氏名	出生児が被扶養者であるか		死産の時はその妊娠期間		フリガナ						
		<input type="checkbox"/> ある 被扶養者でない理由： <input type="checkbox"/> ない		ヶ月 週								
	出産した医療機関名	出産した医療機関所在地		他制度の給付								
					<input type="checkbox"/> 受けている 詳細： <input type="checkbox"/> 受けていない							
	備考											
	委 任 状	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人（事業主）に委任します。										
	被保険者 (申請者)	住所：	氏名：									
	代理人 (事業主)	所在地：	事業所名称 及び氏名：									
注 市 区 師 町 村 助 長 産 記 師 入	出産日	出生児の数		生産・死産の別								
	令和 年 月 日	単胎	多胎	児	生産	死産	ヶ月	週				
	上記のとおり相違ないことを証明いたします。											
	所在地：	令和 年 月 日										
	名称：											
	氏名：											

※ 添付書類

受 付 印

- 直接支払制度利用のある・なしにかかわらず、合意文書コピーを添付してください。
- 産科医療補償制度加入分娩機関で出産した場合は、所定のスタンプ印を受けた領収書のコピーを添付してください。
- 注：の証明を取り付けられない場合は、母子手帳のコピー（出生届出済証明のページ）を添付してください。
- 注：の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名、住所を記載したもの）を添付してください。