

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
 被扶養者

出産育児一時金（付加金）支給申請書

申請日 令和 3 年 2 月 5 日

被 保 険 者 記 入	被保険者証：記号	被保険者証：番号	事業所	氏名
	000	000000	株式会社〇〇〇	ケンポ ハナコ
	住所	〒	TEL	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	2 年 9 月 10 日	000 - 0000	000 - 0000 - 0000
	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
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	令和 3 年 2 月 1 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	
	ケンポ	<input type="checkbox"/> ある 被扶養者でない理由： <input checked="" type="checkbox"/> ない 配偶者の扶養に入るため	ヶ月 週	
	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	
	健保 さくら	<input type="checkbox"/> ある 被扶養者でない理由： <input checked="" type="checkbox"/> ない 配偶者の扶養に入るため	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		
虎ノ門総合病院	東京都港区虎ノ門×-×-×	<input type="checkbox"/> 受けている <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない	詳細：	
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	東京都港区虎ノ門〇-〇-〇
注 市 医 区 師 町 村 助 長 産 記 師 入	代理人 (事業主)	所在地	東京都港区虎ノ門△-△-△
		事業所 名称及び 氏名	株式会社〇〇〇 三井次郎

注 市 医 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 3 年 2 月 1 日	<input checked="" type="checkbox"/> 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	名称	氏名
	東京都港区虎ノ門×-×-×	虎ノ門総合病院	虎ノ門寅二郎

※ 添付書類

- 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。

受 付 印

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
 家族

出産育児一時金（付加金）支給申請書

申請日 令和 3 年 2 月 5 日

被 保 険 者 記 入 入 備 考	被保険者証：記号	被保険者証：番号	事業所	氏名
	000	000000	株式会社〇〇〇	ケンポ タロウ 健保 太郎
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	1 年 1 月 1 日	住所	〒 000 - 0000 東京都港区虎ノ門〇-〇-〇
	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
	ケンポ ハナコ 健保 花子	妻	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 1 年 12 月 31 日	令和 3 年 2 月 1 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
	ケンポ ジロウ 健保 二郎	<input checked="" 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		
虎ノ門総合病院	東京都港区虎ノ門×-×-×	<input type="checkbox"/> 受けている 詳細： <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない		
備考				

委任状

本申請書に基づき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：東京都港区虎ノ門〇-〇-〇
氏名：健保 太郎
代理人（事業主） 所在地：東京都港区虎ノ門△-△-△
名称及び氏名：株式会社〇〇〇 三井次郎

注 市医師町・村助産師入

出産日	出生児の数	生産・死産の別
令和 3 年 2 月 1 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。 令和 3 年 2 月 3 日		
所在地：	東京都港区虎ノ門×-×-×	
名称：	虎ノ門総合病院	
氏名：	虎ノ門寅二郎 ㊟	

※ 添付書類

- 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。

受付印