健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・出産育児付加金 支給申請書
（内払金支払依頼書・差額申請書）

被保険者が記入するところ

① 健康保険の記号番号	―	② 事業所名称	
③ 取得年月日	昭・平・令　年　月　日	④ 喪失年月日	令和　年　月　日
⑤ 出産年月日	令和　年　月　日	⑥ 生産又は死産の別	生産 ・ 死産 （妊娠　週）
⑦ 出生児の数	単胎 ・ 多胎 （　児）	⑧ 同一の出産で、他健康保険組合や国民健康保険等からの出産育児一時金の受給の有無	□ 受給した □ 受給していない

※ 家族の方が出産したときに記入して下さい	⑨ 出産者氏名		⑩ 出産者の生年月日	昭和 ・ 平成　年　月　日
	⑪出産した者が出産前6ヵ月以内に勤務したことがあるとき	事業所名称		健康保険の記号番号
		事業所所在地		保険者名
		勤務期間	年　月 ～　年　月	

上記のとおり請求します。

令和　年　月　日

〒

被保険者の 住所

氏名

名古屋文具紙製品健康保険組合理事長様

振込希望の銀行名 及び 支店名		（銀行名）	銀行 ・ 信用金庫 信用組合 ・ 農協	（支店名） 本店 支店
預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	口座名義人	フリガナ

＊給付金の受取を代理人に委任する場合に記入してください。

令和　年　月　日

被保険者の（申請者） 住所

氏名

代理人の 住所

氏名

07.04

受付年月日

この申請書には、次の書類を添付してください。（２点とも）

① 医療機関等から交付される出産費用の領収書・明細書の写し

② 医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書の写し

※ 直接支払制度利用で、領収書・明細書に記載がある場合は不要です

市区町村長または医師・助産師の証明するところ

本籍				筆頭者氏名	
母の氏名		出生児氏名		出生年月日	令和　年　月　日

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

市区町村長名　印

出産した年月日	令和　年　月　日	生産又は死産の別	生産・死産（妊娠　週）	出世児の数	単胎・多胎（　児）

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

医療機関の所在地・名称

及び医師・助産師の氏名

マイナンバーを記載した場合は、 個人番号確認、本人確認をするための添付書類は不要です。

被保険者のマイナンバー記載欄