

* 太枠内は、記入しないで下さい。

[出産費様式第2号]091001

支給決議書	同年月日	年	月	日	常務理事	事務長		扱者	資	得	年	月	日
	支給額	法定給付							格	喪	年	月	日
		付加給付											
		支給額											
	直接払金等充当額					分べんの日		年		月	日	被扶養者	
本人宛支給額					備考						確認		

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書 (直接払制度を利用しましたか? はい・いいえ)

被保険者が記入するところ	(1) 記号・番号	記号	(2) 被保険者 (請求者) の 氏名・生年月日	(3) 昭和・平成・令和 年 月 日		
	(4) 被保険者 (請求者) の 住所	(〒 -) Tel () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。				
	(5) 事業所の 名称 住所	Tel ()				
	(6) 出産した方が 被扶養者の場合	氏名	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日		
	(7) 出産した 年 月 日	令和 年 月 日	(8) 生産または 死産の別	☐ 1. 生産 ☐ 2. 死産 ☐ 3. 生産・死産混		
	(8) 「生産」の場合 ① 出生人数	人	(8) 「死産」の場合 ② 死産児数	人	(8) 「死産」の場合 ③ 妊娠経過期間	満 週
	(9) 出産した 医療機関等の	名称	所在地	Tel ()		

医師・助産師 証明の場合	(10) 出産者氏名	(11) 生産年月日		令和 年 月 日
	(12) 出生児の数	☐ 単胎・ ☐ 多胎 → (児)	(13) 生産または 死産の別	☐ 生産 ☐ 死産 → (妊娠 週)
	(14) 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師氏名			
市区町村長 による 証明の場合 (生産のみ)	(15) 本籍	(16) 筆頭者氏名		
	(17) 母の氏名	(18) 出生児 氏名	(19) 出生年月 日	令和 年 月 日
	(20) 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名			

・記号・番号を記入した場合は不要です。
・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が必要です。

被保険者のマイナンバー記載欄

*在籍者の振込先は給与口座になりますので記入は不要です。

(21) 振込希望口座	銀行				支店
	預金の種別	口座番号	フリガナ		
	☐ 普通		口座名義		
	☐ 当座				

受付日付印