

**※直接支払制度を利用しない場合の用紙**

▶記入しないでください

健康 保 険 被 保 険 者 の 記 号	支払額	¥	拾万	万	千	百	拾	円	被扶養者資格確認 <input type="checkbox"/>
	款	項	目						
記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認ください。									月 日
									月 日

**記入例**      **健康保険 被保険者 家族**      **出産育児一時金 申請書**  
**出産育児一時金付加金**

◎添付書類が必要です(別紙をご覧ください)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者等 記号・番号	(記号) 29	(番号) 40	② 事業所名	〇〇〇〇株式会社				
被保険者のマイナンバー(被保険者等記号番号を記入した場合は不要です)									
被 保 険 者 (請 求 者) の 氏 名 住 所 名	③ (フリガナ)	ヤマモト イチロウ			④ 住 所	郵便番号 - 大阪府…… 電話 ( 06 ) 〇〇〇〇 - ××××			
	山本 一郎								
⑤被扶養者が出産のとき その者の氏名・生年月日	氏名	山本 花子			生年月日	昭和 平成	12 年 1 月 3 日		
⑥出産した年月日	令和	6 年 6 月 11 日		生 産 児 数	死 産 児 数	在 胎 週 数	⑧他の制度から 出産育児一時金 を受けたかどうか		
⑦出生児の氏名	山本 一花								
⑨被扶養者の認定を受けた日から6ヵ月以内に 出産の場合は、以前加入していた被保険者等 記号・番号及び保険者名	(記号)				(番号)	ア. 受けた			
	(全国健康保険協会支部名・健康保険組合名)								
⑩資格喪失後の出産の場合は、新たに加入し た被保険者等記号・番号及び保険者名	ウ. 請求中								

▶いずれか一方で差し支えありません

証 明 ・ 助 産 師 又 は 市 と 区 町 村 長 ろ が	出産した 年月日	令和 6年6月11日	毛産・死産	妊娠第 又は第	週 ヵ月	出生児 の数	単胎・多胎 ( 児 )		
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名 ×××× 〇〇〇〇病院 〒( )									
出生届出日 出生児氏名 令和 年 月 日									
うえ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									

**記入洩れが多発しております！！**  
銀行名・支店名・口座番号・預金名義  
全て洩れなく記入して下さい。  
\* ゆうちよ銀行をご希望の方は必ず支  
店名(漢数字3桁)も記入してください。  
※被保険者以外の口座をご希望の場  
合は、下欄の「受取代理人の欄」にもそ

⑩支 払 希 望 の 銀 行	銀行 コード (4ケタ)	1234	〇〇	銀行 信用金庫 農協	支店 コード (3ケタ)	567	〇〇	支店	普通・当座 (○をつけてください)
	ゆうちょ銀行は8ケタの記入をお願いします	9 8 7 6 5 4 3			口座 番号	カタカナで記入してください ヤマモト イチロウ			

申請  
**公金受取口座の利用には、健康保  
険組合にマイナンバーの提出が済  
んでいることと、マイナポータルでの  
公金受取口座の登録が必須です**

受付日付印

