

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 年 月 日

被 保 険 者 記 入	被保険者等：記号	被保険者等：番号	事業所	氏名							
	生 年 月 日 者	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	住 所	〒	-	ℓℓ	-	-
	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					
	氏名		<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						
	氏名	<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						

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 産 師 入 長 記 入	出産日	令和 年 月 日	出生児の数	単胎 多胎 児	生産・死産の別	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 年 月 日									
所在地： 名称： 氏名： <p style="text-align: right;">(印)</p>										

※ 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