

直接支払 制度の利用	出産育児 一時金	差額	記入例は、2枚あります。 1枚目：本人（被保険者）が出産したときの記入例 2枚目：家族（被扶養者）が出産したときの記入例	事務理事	事務長	担当
あり	出産育児一時金 付加金					
なし	支給額					

本人（被保険者）が出産したとき

- ☒ 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 状 委 任 状 注 市 医 区 師 町 ・ 村 助 長 産 記 師 入 ・	被保険者等：記号	被保険者等：番号	事業所	氏名	フリガナ
	000	000000	株式会社〇〇〇	ケンポ ハナコ	健保 華子
	生 被 年 保 月 険 日 者	☐ 昭和 ☒ 平成	2 年 9 月 10 日	住所	〒 000 - 0000 Tel 000 - 0000 - 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	
	フリガナ		☐ 昭和 ☐ 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		
	フリガナ	ケンポ	☐ ある 被扶養者でない理由： ☒ ない 配偶者の扶養に入るため	ヶ月 週	
	健保 さくら				
	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×-×-×	☐ 受けている 詳細： ☒ 受けていない		
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： 氏名：	東京都港区虎ノ門〇-〇-〇 健保 華子		
	代理人 （事業主）	所在地： 事業所 名称及び 氏名：	東京都港区虎ノ門△-△-△ 株式会社〇〇〇 代表取締役社長 三井 次郎		
注	出産日	出生児の数	生産・死産の別		
市	令和 3 年 2 月 1 日	単胎 多胎 児	生産	死産	ヶ月 週
医	上記のとおり相違ないことを証明いたします。				
区	令和 3 年 2 月 3 日				
師	所在地：	東京都港区虎ノ門×-×-×			
町	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

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								

家族（被扶養者）が出生したとき

☐ 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 状 委 任 状 注 意 事 項	被保険者等：記号	被保険者等：番号	事業所	氏名	フリガナ	
	000	000000	株式会社〇〇〇	ケンボ	タロウ	
	主 被 年 保 月 険 日 者	☐ 昭和 ☒ 平成	1 年 1 月 1 日	住所	〒 000 - 0000 TEL 000 - 0000 - 0000	
	被扶養者が出生の場合はその方の氏名		続柄	生年月日	出産年月日	
	ケンボ	ハナコ	妻	☐ 昭和 ☒ 平成	1 年 12 月 31 日	令和 3 年 2 月 1 日
	健保 花子			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
	ケンボ ジロウ		☒ ある 被扶養者でない理由： ☐ ない	ケ月 週		
	健保 二郎					
	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×-×-×		☐ 受けている 詳細： ☒ 受けていない	
備考						
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			
代理人 （事業主）		氏名	健保 太郎			
		所在地	東京都港区虎ノ門△-△-△			
		事業所	株式会社〇〇〇			
		名称及び 氏名	代表取締役社長 三井 次郎			
注 意 事 項	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 ケ月 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生した場合は、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。

（令和6年12月改訂）

受 付 印