

【記入見本】

青字の箇所をご記入ください。

健康保険

被保險者

家族

出産育児一時金請求書

**必ず押印して
ください。**

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ | 必ず ご 記 入 く だ さ い | 記号 | (フリガナ) タナカ タロウ | ③ |
| | | 100 | アストラゼネカ社員: 100 アレクシオソソフアーマ社員: 300 | 田中 太郎 |
| | | 番号 | 昭和 平成 50 年 11 月 11 日生 | (印) |
| | | 12345 | 日中必ず連絡のつくところを ご記入ください。 | (自宅) 06 - 1111 - 2222 (携帯) 090 - 3333 - 5555 |
| | | ④ 連絡先 (電話番号) | ⑤ 出産年月日 令和 1 年 5 月 15 日 | ⑥ 出生児数 1 人 |
| | ⑧ 家族が出産したときは その者の氏名及び生年月日 | 田中 花子 昭和 平成 55 年 10 月 10 日生 | ⑨ 出生児の氏名 | 田中 次郎 |
| | ⑩ 給付金の支払いについて | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者は在職中である。 ⇒ 給与振込右端のプルダウンリストから所属会社 <input type="checkbox"/> 被保険者は退職者である。又は、 ⇒ 請求者の1を選択してください。 任意継続被保険者である。 | | |
| | ⑪ 在職者 在職者 | ⑪ アストラゼネカ株式会社 代表取締役 堀井 貴史を代理人と定め、この請求に基づく給付金の受領を委任します。 | | |
| | ⑫ 退職者(任意継続被保険者) | 被保険者の氏名及び印 田中 太郎 必ず押印してください。 (印) | | |
| | ⑬ 委任状 | 在職中の方のご請求の場合は、 記入不要です。 銀行 金融機関コード □ 普通 □ 当座 □ その他 () □ 口座番号 □ 本店 支店 コード (フリガナ) □ 支店 名義 (フリガナ) この請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 被保険者(請求者)の氏名及び印 _____ (印) 代理人の 住 所 _____ 氏 名 _____ (印) | | |
| 医師又は助産師が証明するところ | ⑭ 医師又は助産師の証明をお願いします。 令和 年 月 日 | ⑮ 出産予定期月日 令和 年 月 日 | ⑯ 生産・死産の別 ・ 生産 ・ 死産 (妊娠第 週又は第 月) | ⑰ 単胎・多胎妊娠の別 ・ 单胎 ・ 多胎 (児) |
| | 上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 | | | |
| | 医療機関等の 所在地 この欄の証明は、住民票のコピー、母子手帳(出生届出済証明 ※父母の氏名、市区町村長の印のあるもの)のコピーなどで医師の証明に代えることもできます。 | | | |
| | 医師又は助産師の 氏名・印 (印) | | | |

[添付書類]

- ・出産育児一時金申請・受取代理契約書（不合意）控の写し
 - ・「産科医療補償制度」に加入する医療機関において出産した場合は、**産科医療補償制度加入機関証明スタンプ押印のある領収書写し**

「受付印」

※記入上の注意

- 印ははっきり押し、印もれのないようにしてください。なお、訂正したときは③と同じ印を訂正印として押してください。（印鑑は認印可。スタンプ印・日付印は不可。）
 - ⑪には③と同じ印を押印してください。
 - 退職者（任意継続被保険者）で、被保険者（請求者）本人名義以外の口座に振込みを希望するときは、⑬により代理人に給付金の受領委任をしてください。なお、そのときは⑬に③に押した印と同じ印を押してください。
 - ⑩及び⑫の□には該当の事項に✓を入れてください。
 - 医師又は助産師の証明に代えて、出生児の戸籍抄本、住民票、出生届の受理証明書（母子の氏名、生年月日が記載されたものに限る）の添付でも差し支えありません。なお、戸籍抄本、住民票は原本に限ります。