

出産育児一時金(付加金)請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の 記号と番号	記号： 番号：	被保険者の氏名				
	被保険者の住所	〒					
	被保険者の勤務する(していた)事業所	名 称					
		所在地					
	出産した年月日	令和	年	月	日	種 別	生産 ・ 死産
	出産した病産院	名 称					
所在地							
被扶養者の出産であるときはその者の	氏名	生年月日		平成	年	月	日
		令和					

医 師 ・ 助 産 婦 又 は 市 区 町 村 が 証 明 す る と こ ろ	出産した年月日	令和	年	月	日	種 別	生 産 死産(妊娠 か月)				
	健康保険で 入院の有無	有 ・ 無		入院の期間	令和	年	月	日から 令和	年	月	日まで
	出生児の数	単胎 ・ 多胎(児)			備 考						
	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・助産婦名											
市区町村名											
電 話 番 号											

振 込 先 口 座	金庫	普通	口座番号
	銀行	支店	
	組合	当座	名 義
※マイナンバーに登録のある口座へ振込希望の場合はチェック→ <input type="checkbox"/>			

委 任 状	私は、 _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。
	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日に請求した出産育児一時金(付加金)の受領に関すること。
	被保険者(請求者)の住所 _____
	被保険者(請求者)の氏名 _____
	代理人(事業所)の住所 _____
	代理人(事業所)の氏名 _____

※お振込みは原則、被保険者の口座になります。事業主宛をご希望の場合は委任状欄に記入してください。

社会保険労務士の提出代行印