

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	被保険者証の 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 令和	年 月 日	

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 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。			
医療施設の名称・所在地				
医師・助産婦名				
市区町村名				

振 込 先 口 座	金庫	普通	口座番号 名 義
	銀行	支店	
	組合	当座	
※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。