

被保険者(請求者)が記入するところ	健康保険被保険者証の記号・番号		被保険者の生年月日				被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記備考欄へ記載(12ケタ)してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認・本人確認をするための添付書類が必要となります。)					
	記号	番号	昭 平	年	月	日	備考欄					
	被保険者(請求者)の氏名・印						事業所の					
	(フリガナ)						名称					
	(相続人からの請求の場合は被保険者の氏名：)						所在地					
							被保険者(請求者)住所・日中連絡がとれる電話番号					
	(フリガナ)											
	〒						—					
							電話番号			( )		
							(氏名)			(生年月日)		
被扶養者が出産するための請求である場合は、その者の氏名・生年月日						昭和			年 月 日			
						平成						

振込先	銀行		本店	口座 名義人	(フリガナ)						
	金庫		支店								
	農協		出張所	口座番号							
	預金種別	普通・その他 ( )									

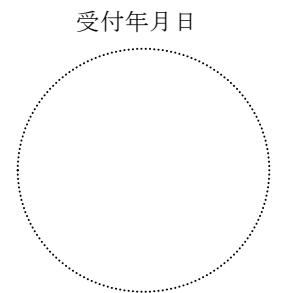
↑ 被保険者(請求者)名義のもの(受領委任をする場合は代理人名義のもの)を記入してください。

委任状欄	この給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。											
							令和			年 月 日		
	被保険者(請求者)の						代理人の					
	住所						住所					
氏名						氏名			氏名		氏名	

↑ この欄は給付金の受取りを代理人に委任する場合のみ、記入してください。

**【提出にあたって(記入上の注意など)】**

- 被保険者(請求者)が自ら署名する場合、被保険者(請求者)の押印は省略することができます。
- 被扶養者の氏名等は家族が出産した場合のみ記入してください。
- 添付書類は次のとおりです。
  - ◆ 出産育児一時金等 申請・受取代理契約書(合意書)控の写し
  - ◆ 出産費用内訳明細書(領収書)の写し[出産日・出産児数・代理受取額がわかるもの・産科医療補償制度の対象分娩の場合は所定印があるもの]
- 出産費用が42万円(産科医療補償制度に未加入の医療機関等での出産の場合は40.4万円)未満の場合は、「出産育児一時金等内払金(差額)支払依頼書」及び「出産育児一時金等付加金支給申請書」として、また、42万円(40.4万円)を超える場合は、「出産育児一時金等付加金支給申請書」としてご提出ください。
- 同一の出産で「出産育児一時金」と「家族出産育児一時金」等、重複して給付を受ける事はできません。



社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印
-----------------------	---