

【記入例】

健康保険 被保険者 被扶養者 出産育児一時金等支給申請書

被保険者等の 記号・番号	100	1234567	被保険者の 氏名と印	大暖 太郎	○
被保険者の 現住所	〒 ***-**** ○○県○○市○○区○○町 **ー**				
出産した者が被扶養者の 場合は、その者の	氏名		生年月日		被保険者との続柄
	大暖 花子		**** 年 ** 月 ** 日		妻
出産した日	**** 年 ** 月 ** 日		生産または 死産の別	生産・死産・生産死産混在 ※死産の場合は妊娠からの週数及び日数 満 週 (日)	
出生児の氏名 (多児の場合は全ての出生児氏名)	フリガナ ダイダン イチロウ 大暖 一郎				
出産した分娩機関の	名称			所在地	
	○○病院			○○県○○市○○町 **ー**	
ダイダン健康保険組合脱退者は下欄を記入してください。在职者(ダイダン・関連会社)は記入不要。					
振込希望金融機関	名称				支店
	種別	1. 普通 2. 当座 3. ()	口座 番号	フリガナ 口座 名義	
備考	※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備考欄へ記載してください。 (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です。)				

いずれか証明が必要です

↓下欄は医師または助産師、若しくは市区町村で記入してもらってください。

証明欄 (いずれかにご記入ください)	医師・助産師による証明	出産者氏名	出産年月日		年 月 日
	出生児の数	単胎・多胎 (児)	生産または 死産の別	生産・死産・生産死産混在 ※死産の場合は妊娠からの週数及び日数 満 週 (日)	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 分娩機関の所在地 年 月 日 分娩機関の名称 医師・助産師の氏名 印				
市区町村長による証明	本籍	筆頭者氏名			
	母の名	出生児氏名	出生年月日	年 月 日	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長名 印				

【添付書類】

分娩機関発行の領収書または請求書(写)

(分娩機関が産科医療補償制度加入機関の場合は、加入機関証明の押印があるもの)

【記入例】