

被保険者 出産育児一時金 支給申請書
家族

被保険者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

申請内容	①-1 出産者	☐ 1. 被保険者 ☐ 2. 家族(被扶養者)
	① ②-2 出産者の氏名(カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(^)は1字としてご記入ください。
	①-3 出産者の生年月日	☐ 1. 昭和 ☐ 2. 平成 ☐ 3. 令和 年 月 日
	② 出産年月日	令和 年 月 日
	③ 出産した国	☐ 1. 日本 ☐ 2. 海外 ➞ 国名()
④ ④-1 出生児数	人	④-2 死産児数 人
⑤ 同一の出産について、健康保険組合や国民健康保険等から出産育児一時金を受給していますか。	☐ 1. 受給した ☐ 2. 受給していない	

※医師・助産師、市区町村長のいずれかより証明を受けてください。

医師・助産師による証明	出産者の氏名（カタカナ）	姓 名																					
	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（・）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。																						
出産年月日	令和 年 月 日																						
出生児数	人	死産児数	人	死産の場合の妊婦回数	日																		
上記のとおり相違ないことを証明します。																							
医療施設の所在地	令和 年 月 日																						
医療施設の名称																							
医師・助産師の氏名																							
電話番号																							

市区町村長による証明(生産の場合のみ)	本籍											筆頭者氏名										
	母の氏名(カタカナ)	姓 名																				
	母の氏名																					
	出生児数	人	出生年月日	令和		年		月		日												
	出生児氏名																					
	上記のとおり相違ないことを証明します。																					
	市区町村長名	印 令和 年 月 日																				