

被保険者
被扶養者

出産育児一時金・付加金請求書

1/2

令和 3 年 4 月 26 日

被 保 険 者 記 入 欄	①被保険者証			②被保険者の 氏名・生年月日		大日 太郎			
	記号	111	番号	222345		平成 2 年 2 月 20 日			
	③被保険者の現住所			〒 000-0000		電話番号 00-0000-0000			
	④事業所名			〇〇株式会社					
	⑤出産が被扶養者に関する ときは、その者の		氏名	大日 花子		生年月日	平成 5 年 10 月 1 日生	続柄	妻
	⑥出産した年月日		令和 3 年 3 月 30 日		⑦死産のとき はその旨			⑧死産の場合 妊娠経過 期間	ヶ月 週
	⑨出産した医療機関		名称	〇〇産科小児科医院					
			所在地	東京都〇〇区〇〇1-2-3					
	⑩出生児の氏名		大日 陽子						

証 明 欄	⑪医師・ 助産師に よる証明	出産者の氏名	大日 陽子		出産年月日	令和 3 年 3 月 30 日			
		出生児の数	単胎	多胎(児)	生産または 死産の別	生産	死産(妊娠 ヶ月 週)		
		上記の通り相違ないことを証明する。					令和 3 年 4 月 20 日		
		医療施設の所在地	東京都〇〇区〇〇4-5-6						
		医療施設の名称	〇〇産科小児科医院						
		医師・助産師の氏名	〇〇 〇〇						
欄	⑫市区町 村長による 証明 (生産のみ)	本籍			筆頭者氏名				
		母の氏名			出生児 氏名	出生 年月日	年	月	日
		上記の通り相違ないことを証明する。					年	月	日
		市区町村長名			印				

(※) 医師・助産師、もしくは市区町村長のどちらかに証明を記載してもらってください。

委 任 状	令和 3 年 4 月 26 日	
	表記請求金額の受領を被委任者へ委任します	被委任者 事業所名 〇〇株式会社 事業主名 〇〇 〇〇
		被保険者氏名 大日 太郎

このページは資格喪失後請求の場合のみ記入・印刷してください。

※資格喪失後請求の場合のみ、下記振込先をご記入ください。

給付金振込先口座	
銀行名	
支店名	
預金区分	普通 ・ 当座 ・ その他()
口座番号	
口座名義	フリガナ