被保険者
被扶養者

出産育児一時金・付加金請求書

令和 3 年 4 月 26 日

被保険者記入欄									
①被保険者証	記号	111	番号	222345	②被保険者の氏名・生年月日	大日 太郎 平成 2 年 2 月 20 日			
③被保険者の現住所	〒 000-0000 東京都大陽市日酸町1－1－1					電話番号 00-0000-0000			
④事業所名	○○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	○○産科小児科医院							
	所在地	東京都○○区○○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 花子	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○○区○○4－5－6 医療施設の名称 ○○産科小児科医院 医師・助産師の氏名 ○○ ○○				
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 ○○株式会社 事業主名 ○○ ○○	
	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