

健康保険

被保険者
被扶養者

出産育児一時金差額・付加金支給申請書

被 保 険 者 （ 申 請 者 ）	被保険者証 の記号番号	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名（自署）	フリガナ						
申請者住所 電話番号 等 （日中の連絡先）	〒 電話（ ）							

申 請 内 容	出産した方 （該当に○）	本人（被保険者） ・ 家族（被扶養者）	出産した 方の氏名					
	出産した 年月日	令和 年 月 日	出産した方 の生年月日		昭・平・令 年 月 日			
	生産または死産の別 （該当に○）	生産 ・ 死産 ・ 生産死産混在		生産 児数	人	死産 児数	人	死産の場合 妊娠経過期間

※被保険者（申請者）名義の口座について、いずれかご記入ください。

振 込 口 座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を希望する（希望者は ☒ 、希望しない場合は下記に記入）								
	金融機関名称	銀 行 信用金庫					本店 支店	支店番号	
	預金種別	普通 ・ 当座		口座番号		口座名義 （カタカナ）			

備 考	個人番号（被保険者証の記号番号が不明な場合のみ記入）		
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。		
	①個人番号カード（両面）の写し		
	②運転免許証やパスポートの写し、および個人番号記載の住民票原本（①が提出できない方のみ）		

受付日付印