

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 ケンポ タロウ 健保 太郎				
	申請者住所 電話番号 等 （日中の連絡先）	〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 03 （ 7891 ） 2345				

申請内容	出産した方 （該当に○）	本人（被保険者）・ <u>家族（被扶養者）</u>		出産した 方の氏名	健保 花子			
	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○）	<u>生産</u> 死産・生産死産混在		生産 児数	1 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