

被保険者
被扶養者 出産育児一時金支給申請書

申請日 年 月 日

被保険者証の記号と番号		被保険者（申請者）の氏名		生年月日	
記号	番号			昭和 平成	年 月 日
所 属					
出産したのは、被保険者・被扶養者(家族)のどちらですか？			1. 被保険者 2. 被扶養者(家族)		
被扶養者(家族)の場合、その方の		氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日
出 産 した 年 月 日		令和 年 月 日	(フリガナ) 子 の氏名		
出生児数		人	死産の場合、死産児数 および妊娠経過期間	人 ・ 満 週	
出 産 した	所在地				
医療機関等の	名 称	☎ — —			
直接支払制度利用の有無(どちらかに○)			有		無

〔精算欄〕

直接支払制度利用「有」の方	直接支払制度利用「無」の方
①医療機関への支払額 円	医療機関への支払額 円
②出産育児一時金 500,000 円	支払額が500,000円を超える方は 上限 500,000円までの範囲内で 医療機関への支払額分を指定口座へ振込致します。
①-② 円	支払額が500,000円未満の方は、支払額全額と 出産育児一時金の残額を指定口座へお振込致します。
①-②がマイナスの場合は、出産育児一時金の残額(マイナス額)を 指定口座へお振込致します。	

添付書類

①医療機関との直接支払制度についての確認書(写) ②出産費用の領収書及び明細書(写)
(「産科医療保障制度加入機関」の押印があるもの)

〔出産育児一時金振込先(差引請求額がある場合)〕

金融機関名	銀行															
支 店 名	・本店 ・支店															
口座番号																普通預金
口座名義	(フリガナ)															

常務理事	事務長	係 員

※振込先が被保険者(申請者)以外の場合は、委任状を添付してください。
※口座名義が旧姓の場合は、旧姓をご記入ください。