

支 給 決 定 伺

支 給 額	円
支 払 年 月 日	令和 年 月 日

資 格 取 得 日	平・令	年	月 日
資 格 喪 失 日	平・令	年	月 日

※「直接支払制度」を利用した場合の申請

- 被 保 険 者
 家 族

出産育児一時金支給【差額】申請書

〔 記 号 〕 - 〔 番 号 : 右 づ め 〕 令和 年 月 日 提出

被保険者証の記号・番号	-	被保険者の氏名	㊞
被 保 険 者 の 住 所	(〒 -)	都・道 府・県	TEL ()
事 業 所 の 名 称			
出 産 し た 方 の 氏 名		生 年 月 日	平・令 年 月 日
出 産 日	平・令 年 月 日	出 生 児 の 数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (児)
生 産 ま た は 死 産 の 別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 (妊娠 週 日)	出 生 児 の 氏 名	
出 産 し た 医 療 機 関 等	(名称)	(所在地)	
委 任 状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 (委任者と代理人との関係 : _____) 令和 年 月 日		
	被保険者の氏名		
	代理人の住所 (口座名義人) 氏名		
振 込 先	金融機関の名称	銀行・金庫 信組・農協 その他()	本店・支店 出張所 本所・支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号
	口座名義	カタカナ (姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(゜)は1字としてご記入下さい。)	

資格取得・喪失後6ヶ月以内に出産された申請である場合はいずれかに☑し、下欄の必要事項を記入して下さい。

- 被保険者の退職後6ヶ月以内の出産である
 家族が被扶養者となってから6ヶ月以内の出産である

保険者名		保険者の電話番号	
記号・番号		勤務先名称	
被保険者氏名 (世帯主)		被保険者との続柄	

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。
 (マイナンバーを記載した場合には、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備 考	
-----	--

受付日付印
