

【直接支払制度利用しなかった方用】

この申請書について、下記A及びBの要件を確認して✓を入れてください。



- A. 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
B. 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者記入欄

① 被保険者の	記号	番号	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
② 被保険者の 現住所	〒 -			日中連絡の取れる電話番号 TEL
③ 個人番号 (マイナンバー)	※①欄/記号番号記入の場合は、不要です		④ 提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)
⑤ 出産日	令和 年 月 日	⑥ 生産または 死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在	
⑦ 出産児数	人	⑧ 死産児数	人	死産のとき (妊娠経過期間) 月 週 日
⑨ 家族が 出産した場合	出産した家族の氏名		生年月日	続柄
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
⑩ 振込先 指定口座	□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑。利用しない場合下記の欄を記入。) ※被保険者以外の口座を指定する場合は、下記「受取代理人の欄(右側)」を必ずご記入ください。			
	銀行・店名	銀行・金庫	(店番号) (店名) 本店 支店	受取代理人の欄 本請求にもとづく給付金に関する受領を 下記の代理人に委任します。 被保険者(請求者) (住所) (氏名) 被保険者と代理人との関係 配偶者・親子・その他() 代理人(口座名義人) (住所) (氏名)
	預金種別	普通・当座		
	口座番号			
口座名義	(カタカナでご記入ください)			

出生証明欄 ※「医師または助産師証明欄」・「市区町村証明欄」はどちらか一方で証明を受けてください。

医師または助産師証明欄				
⑪ 出産日	令和 年 月 日	⑫ 出生児数	単胎・多胎()児	
⑬ 生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週 日・ 日)			
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日				
医療機関所在地		TEL		
医療機関名				
医師または助産師氏名				
市区町村証明欄				
⑭ 本籍		⑮ 筆頭者氏名		
⑯ 母の氏名		⑰ 出生児氏名		
上記のとおり相違ないことを証明する。		⑱ 出生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
市区町村長名		令和 年 月 日		

[添付書類]

- 出産費用の内訳(出産日・出産児数等明記のあるもの)を記した領収・明細書コピーを添付してください。
- 直接支払制度合意文書(代理契約に係る文書)の原本を添付してください。

[注意事項]

- ※記入もれがある場合は、書類を一旦お返しすることがあります。
※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所被保険者、医師または助産師のサイン(氏名)をご記入ください。
※市区町村証明欄は、押印必須となります。