

健康保険 被保険者
家族
出産育児一時金 請求書

常務理事	事務長	係	係

〈 被保険者(申請者)記入用 〉 1/2

被 保 険 者 に つ い て	記号	番号	被保険者名	事業所名	
	住所	〒	-		
	電話番号	-	-	-	*昼間に連絡がとれるもの。
	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は□にレを記入して下さい。)				

振 込 先 指 定 口 座	<input type="checkbox"/> マイ付ポータル等で事前登録した公金受取口座口座を利用します。(利用する場合は□にレを入れて下さい。その場合は下記への記入は不要です。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また振込先を受取代理人の口座を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。			
	振込希望口座	銀行	支店	普通 当座
	口座名義	*カタカナで記入下さい。		
*指定口座が給与振込口座でない場合は、通帳又はキャッシュカード等のコピーを添付してください。				

*「受取代理人の欄」は、振込先の口座を受取代理人の口座とした場合記載ください。↷

受 取 代 理 人 に つ い て	被保険者 (申請者)	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。		年	月	日
		氏名	住所	「被保険者(申請者)について」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義 人)	〒	-	住所	委任者と代理人との関係	
		(フリガナ)	氏名	電話番号	-	-

「申請内容・医療機関(市区町村)証明記入欄」は2ページに続きます。⇒ ⇒ ⇒

被保険者のマイナンバー記載欄	*記号・番号を記入の場合は「マイナンバー」の記入の必要はありません。 *マイナンバーを記入した場合は※「本人確認書」を添付ください。																				
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																					※「本人確認書」(下記2点の書類を添付してください。写可) 1.通知カード等 or 住民票(番号付) 2.運転免許証 or パスポート

健康保険 被保険者
家族

出産育児一時金 支給申請書

申請者・医師等・市区町村長記入用

被保険者名	
-------	--

< 被保険者(申請者)記入用 > 2/2

申請内容	出産した方	出産した方が家族(被扶養者)の場合は、氏名生年月日を記入ください。		
	被保険者・家族(被扶養者)	氏名	生年月日	年 月 日
	出産した年月日	年 月 日	生産または死産の別 生産 人 死産 人	「死産」の場合、妊娠経過期間 満 週
	出産した医療機関等 名称	所在地		
	出産した方は	被保険者 ⇒ 退職後6カ月以内の出産ですか 被扶養者 ⇒ 当組合に加入後6カ月以内の出産ですか	はい・いいえ	
	上記で「はい」の場合、「保険者名」と「記号・番号」を記入ください。			
	被保険者 ⇒ 現在加入している保険者を記入ください。	※保険者名		
	被扶養者 ⇒ 当組合に加入前に加入していた保険者を記入ください。	記号・番号		
	この出産について、上記記入の保険者※より出産育児一時金を	受けた または 受ける予定 ・ 受けない		
	出産児について 出産児の氏名(フリガナ)	←死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、出生児の氏名の記入不要です。 *出生児は第1子ですか? → はい・いいえ		

出生児が第1子の場合、雑誌「赤ちゃん」とを送付させていただきます。送付先の住所を記入ください。
〒 -

*添付書類:医療機関へ支払った「領収証」及び「明細書」写し
(産科医療制度加入機関のゴム印のあるもの)

< 医師もしくは市区町村 記入用 >

証明欄 いずれかにご記入ください	医師・助産師による場合	出産者氏名	出産年月日	年 月 日
		出産児の数	単胎・多胎 ⇒ (児)	生産または死産の別 生産・死産⇒(妊娠 週)
		上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日	医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名	
市区町村による場合 生産のみ	本籍		筆頭者氏名	
	母の氏名	出生児氏名	出生年月日	年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日	市区町村長名		印