健康保険 被保険者 出 産 育 児 一 時 金 健康保険 被保険者 出 産 育 児 一 時 金 付 加 金 支給申請書 家 族 出産育児一時金等内払金



被保険者(申請者)記入用

被		記号	番号		生年月日	年 月 日		
被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)			1				
					□ 平成			
請者		(フリガナ)						
) 情 報	氏 名							
	住所	(〒 −)	(都) (道) (府) (県)				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						
	事業所の名称							
振込先指	公金受取 口座		前登録した公金受取口座を利 利用しない場合は下記の欄		,)			
振込先指定口座	金融機関名称		(銀行)(金庫)(信組) (農協)(漁協) (その他)()			(本店)(支店) (出張所) (本所)(支所)		
	預金種別	1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号		左づめ	でご記入ください。		
	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字としてご記入く	ださい。) 口座 の[
				「2」の場	合は必ずご記入ぐ	ください。		
	受取代	被保険者(申請者)	に関する受領を下記の代理人に委		令和			
	代 理 人 の	氏名 (〒	_) TE		住所 「被保険者 —————)	(申請者) 情報」の住所と同じ 委任者と		
	の欄	住 所 代理人	,		•	代理人との関係		
		「 口座名義人) (フリが †) 氏 名						
			「由語者。医師。市		田」け2ペー	-ジに続きます。〉〉〉		
		こ代えてマイナンバーにより申請する場合	は、下記、備考欄へ記入してくだ	さい 。		(5.3)		
※申請書に被保険者証の記号・番号を記入せず、備考欄にマイナンバーを記入した場合、「個人番号カードの写し(両面)」又は「個人番号通知カードまたは個人番号が付記された住民票」と「本人を確認できる書類(運転免許証またはパスポート等)の写し」の添付が必要となります。								
	<u></u> 忝付書類】					1		
・医療機関等との「直接支払制度に係る合意文書」の写し ・医療機関等から交付された出産費用に係る「領収書」及び「明細書」の写し ※産科医療補償制度加入の医療機関等で出産した場合は、上記書類のいずれかに当該スタンプ印の押印があるものを添付ください。								
社会保険労務士の								

健康保険 被保険者 出 産 育 児 一 時 金 健康保険 被保険者 出 産 育 児 一 時 金 付 加 金 支給申請書 家 族 出産育児一時金等内払金

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名		
--------	--	--

					J			
申請内容	1 出産した者		1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)					
谷	- 1 - ① 家族の場合はその方の		任年月日 □ 平成 □ 平成 月					
	2 出産した年月日		令和日月日日					
	3 生産または死産の別		1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在					
	3 - ① 「生産」	の場合出生人数		3 - ② 「死産」の場合死産児数	т	3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間 満 週		
	4 出産した医療機関等		名称	所在地				
			者 ➡ 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 族 ➡ 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。		1. (1. はい 2. いいえ		
	5 - ① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号·番号』をご記入ください。 ●被保険者 ➡ 出産日当日に加入している保険者について				保険者名			
				前に加入していた保険者について		記号·番号		
		5 - ① - (1) 同一の出産I	こついて、5 - ①の保障	食者より出産育児一時金を	1.	受けた/受ける予定 2. 受けない		
2 7								
証明欄	証明の場合医師・助産師による	出産者氏名			出産年月1	年 月 日		
(いま		出生児の数 🗆	単胎 □ 多胎➡(児)	生産または死産	€の別 □ 生産 □ 死産➡(妊娠 週)		
(いずれかにご記入ください)		上記のとおり相違 令和 年	ないことを証明する。 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				
	U 0/	本籍				E 頭者 氏名		
いい)		母の氏名		出生児 氏名		出生 令和 年 月 日		
		上記のとおり相違	ないことを証明する。 月 日	市区町村長名		ED		