

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金 支給申請書

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ) -----	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <input type="text"/>
	住所	(〒)	都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL)				
<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 <input checked="" type="checkbox"/>)					

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。)				
	金融機関 名称	<input type="text"/>	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	普通	口座番号 (右づめ)	<input type="text"/>	
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。 <input type="text"/>				

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------

受付日付印

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・付加金 支給申請書

被保険者氏名

申請内容	1 出産した者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族（被扶養者）	
	1 - ① 家族の場合はその方の	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	2 出産した年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産 <input type="checkbox"/> 3. 生産・死産混在	
	3 - ① 「生産」の場合出生人数	<input type="text"/> 人	3 - ② 「死産」の場合死産児数
		3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 <input type="text"/> 週
4 出産した医療機関等	名称	所在地	
5 出産した方	<input type="checkbox"/> ●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 <input type="checkbox"/> ●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。		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。			保険者名
●被保険者 → 現在加入している保険者について ●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について			記号・番号
5 - ① - (1) 同一の出産について、5 - ①の保険者より出産育児一時金を			<input type="checkbox"/> 1. 受けた／受ける予定 <input type="checkbox"/> 2. 受けない

証明欄 (いずれかにご記入ください)	医師・助産師による証明の場合	出産者氏名	出産年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
		出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (<input type="text"/> 児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠 <input type="text"/> 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。		医療施設の所在地	
	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	医療施設の名称		
			医師・助産師の氏名	
市区町村長による証明の場合(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	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。		市区町村長名	<input type="text"/>
	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日			印

○直接支払制度を利用されなかったときのみ、「産科医療補償制度」に加入していることを証明する所定印が押印された領収書の写しを添付のこと。
○医師の証明欄について別途証明書添付は不可。