

健康保険 被保険者出産育児一時金 支給申請書
 家族出産育児一時金付加金

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号と番号	記号	○	③ 被保険者(申請者)の氏名・生年月日(自著)	健保 太郎		
		番号	○○○○		昭和 平成	60年 6月 5日	
	② 社員番号	○○○○○					
	④ 被保険者(申請者)の住所	〒 住所は被保険者のご自宅の住所、電話番号は日中つながる電話番号をご記入ください。 ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。					
	⑤ 事業所の名称	株式会社○○			TEL ○○(○○○○)○○○		
	⑥ 出産した方が被扶養者の場合	氏名	健保 花子		生年月日	昭和 平成 3年 12月 5日	
	⑦ 出産した年月日	平成 令和	1年 5月 10日		⑧ 生産児数	⑨ 死産児数	⑩ 死産の時はその妊娠経過期間
					1人	人	週
	⑪ 出産した医療機関等の名称	名称	○○産婦人科		所在地	東京都渋谷区○○1-2-3 TEL ○○(○○○○)○○○	
	⑫ 出生児の氏名	フリガナ	ケンボ コウタ		被保険者と出生児の続柄	(例) 長男、長女 長男	
			健保 康太				
	⑭ 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない		⑮ 出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由			

証明欄 ※いずれかで証明を受けて下さい	医師・助産師の場合	出生した年月日	平成・令和 年 月 日	生産または死産の別	生産・死産(妊娠 週日)
		出生児の数	単胎・他胎(児)	備考	
		上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日			
		医療機関等の名称・所在地			
		医師・助産師名			
	市区町村長による証明(生産のみ)	本籍	筆頭者氏名		
	出生届出日	平成 年 月 日	出生氏名	出生年月日	平成 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				

医師・助産師もしくは市区町村長の証明が必要です

振込希望口座	[金融機関コード]	1 2 3 4	[店番号]	1 2 3
	預金種別	口座番号		フリガナ
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	1 2 3 4 5 6 7	口座名義	ケンボ タロウ 健保 太郎

被保険者の口座をご記入ください。上記の「委任状」欄を記入した場合は、「代理人」の口座をご記入ください。振り込めるのは、日本国内の口座のみです。

◎給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する場合は、下記の委任状へ記入してください)。

私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。※口にチェックを入れて下さい。

事業主の選定した保険給付金受領代理人
 その他の受領代理人

委任状	被保険者(申請者)	住所	〒	TEL ()
	受取代理人	代理人住所	※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。	
		フリガナ		
	代理人氏名			

被保険者名義以外の口座への振込を希望する場合は、委任状の記入押印が必要です。「その他の受領代理人」を選択した場合は、振込希望口座欄も記入してください。

添付書類 ①医療機関等との合意文書の原本(直接支払制度を利用しない旨、請求先の保険者が当組合である旨を記載したもの)
 ②産科医療補償制度の対象分娩については「スタンプ(産科医療補償制度加入機関)が押された明細書または領収書」の写し