

出産育児一時金支給申請書

添付書類
1. 直接支払制度を利用しない旨の合意文書(写)
2. 領収書(産科医療補償制度のスタンプ付)と明細書(写)
3. その他、健康保険組合が指定したもの

※記入、または☑をしてください

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号			番号			
	被保険者	氏名	(フリガナ)					
		住所	〒					
			平日の日中に連絡が取れる電話番号 ()					
	生年月日	☐昭和 ☐平成 年 月 日						
	事業所(会社)の名称				内線	-	従業員番号	
	家族が出産であるとき 氏名・生年月日				☐昭和 ☐平成	年 月 日	生	
	出産した年月日	令和 年 月 日 ☐生産 ☐死産						
	「生産」の場合の 出生人数	人	「死産」の場合の 死産児数	人	「死産」の場合の 妊娠経過期間	満	週	
	出生児氏名				出生児が被扶養者で ☐ある ☐なし			
直接支払制度 や 受取代理制度 を ☐利用しない ☐利用した								
振込先の確認	現在の状況について☑をしてください ☐ 1. 在職中→ ☐ 本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します ☐ 2. 任意継続被保険者→ 当健保に届出済の口座へ振込 ☐ 3. 令和 年 月 日退職(喪失) または 退職(喪失)予定 →下記振込口座欄にご記入ください							

振込先の確認欄において「3」に該当する方、または1ヵ月以内に退職(喪失)予定の方は右欄に被保険者(申請者)の振込口座をご記入ください	銀行 金庫 信組						店・本店 支店・出張所
	預金 種別	普通	口座 番号			口座 名義	カタカナ

医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 が 証 明 す る 欄	出産年月日	令和 年 月 日	生産・死産の別	☐生産 ☐死産(妊娠 ヶ月)	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日				
	医療施設の所在地				
	医療施設名称				
	医師・助産師の氏名				
	本籍			筆頭者氏名	
出生児氏名			出生年月日	令和 年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 市区町村長名 印					

健保使用欄	支払日付印		受付日付印
	健保処理日		