

常務理事	事務長		担当者

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

※直接支払制度をご利用の方は下記の申請書は提出する必要がありません。

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号		被保険者証の 番号		事業所名称	生年 月日	昭和 平成	年	月	日		
					被保険者の 氏名・印	(フリガナ)	自署の場合は押印省略できます。					
	被保険者の 住所・連絡先		郵便番号	—		(住所欄)						
			Tel									
	出産年月日		平成 令和	年	月	日	生産児数 人	死産児数 人	死産のときはその旨と妊娠経過期間 (妊娠 月・ 週)			
	出生児の 氏名		(フリガナ)									
	被扶養者 (家族)が 出産した場合		(フリガナ)		続柄	生年月日						
						昭和 平成	年	月	日			
	下記の質問へお答えください。□に✓でご記入してください。										(受付日付印)	
	出産した方は <input type="checkbox"/> 被保険者で退職後6か月以内の出産ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 家族で当組合に加入後6か月以内の出産ですか。 <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、「保険者名称」と「記号・番号」をご記入ください。 (保険者名称) ※被保険者は現在加入している保険者について、 家族は当組合加入前に加入していた保険者について (記号・番号) 同一の出産について、 <input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない											
振込希望 口座		銀行 金庫 信組		本店 支店 出張所								
		預金 種別	普通 当座	口座 番号	口座 名義	カタカナで記入						
振込希望口座を被保険者名義以外の口座に希望する場合は、必ず下記委任状欄に記入・捺印のこと												
委 任 状	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。 令和 年 月 日											
	被保険者 (請求者)		氏名		印			委任者と代理人との関係				
	住所 「被保険者の住所・連絡先」の住所と同じ											
	受取代理人(口座名義人)の欄											
証 明 欄 (い ず れ か に ご 記 入 く だ さ い)	よ 医師 の 証 明 の 助 産 場 合 に		出産年月日	平成 令和	年	月	日	生産・死産の別	生産・死産 ⇒(妊娠 週)			
			出生児の数	単胎 ・ 多胎 ( 児)								
	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・名称											
			令和 年 月 日		医師・助産師の氏名			印				
よ 市区 の 証 明 の 場 合 に	本籍				筆頭者氏名							
	出生児の氏名				出生年月日		平成・令和 年 月 日					
	上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長名 令和 年 月 日 印											