

健康保険被保険者家族出産育児一時金支給申請書

(注意事項)

2 1
る産をて
かが付⑧い①
を混しはまは
記在て「す、
載しい。マ
して「生わ
て「場産かイ
くる合ーらナ
だ場、に「い
合死「い
さい、産「場
。両児「合
方数をは「
に「及付マ
び「イ資
「妊てナ格
」娠にン情
を「幾るバ
付週場「の
の「合を「お
、死、記知
出産出載ら
生で生し「せ
児あ児て「
数る数く「資
及「かを「だ
びを「記さ
死「載い「確
産「載し「認
児「て「書
数「て「く
並「く「だ
さ「だ「さ
に「さい
。妊「い
。幾「ま「死
週「た「産
の「、死
産「生「に
で「産「産
「死「
あ「死「

5 4 3
機に被
関給証保⑩
等付明い險
を金欄て者
の受に記資
は取受つ載格
、代領いしを被
理をてて喪保
人代、く失險
と理医だし者
す人師さての
るに「いか資
場委助。ら格
合任産6を
はす師、カ喪
、る、月失
健康又は以し
保は、に日
、市陰、出
組、区産ら
合れ町し6
にぞ村たカ
おれ長場月
問委の合以
合任いに内
せ状ず「に
く「にほ出
だ記か「い産
さ載に「した
し証明「場
。て「くを「
「合「
「を「又
「を「付
「は「し
「な「被
だ「お
お「さ
、い
医。
療「
が「

被 保 険 者 が 記 載 す る と こ ろ	① 被保険者等 記号・番号	記号	番号	記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記載してください。				
	② 被保険者 (申請者) の氏名	(フリガナ)		③ 生年月日	昭和 平成	年	月	日
	④ 被保険者 (申請者) の住所	〒 (フリガナ) TEL: ()						
	⑤ 事業所名							
	⑥ 被扶養者が 出産したための 申請であるとき は、その者の	⑦ 氏名	(フリガナ)	⑧ 生年月日	昭和 平成	年	月	日
	⑦ 出産年月日	令和 年 月 日	⑧ 生産又は 死産の別	☐ 生産 ☐ 死産	生産の場合、 死産の場合、 死産児数及び妊娠経過期間	出生児数 児・妊娠 週		
	⑨ 出産した 医療機関等	名称						
		所在地						
	⑩ 出産した方	⑦ 被保険者の場合、資格喪失後6カ月以内の出産ですか、又は、 被扶養者の場合、被保険者資格喪失後6カ月以内の出産ですか			☐ はい ☐ いいえ			
		⑧ 上記⑦で【はい】の場合 被保険者の場合、現在加入している保険者の、又は、 被扶養者の場合、当組合加入前に加入していた 保険者の「保険者名」及び「記号・番号」			保険者名 記号・番号			
	⑨ 同一の出産について、⑧の保険者より出産育児一時金を			☐ 受けた/受ける予定 ☐ 受けない				

証 明 欄	医師・助産師の場合	出産者氏名			出産年月日	令和 年 月 日	
		出生児の数	☐ 単胎 ☐ 多胎(児)	生産又は死産の別	☐ 生産 ☐ 死産(妊娠 週)		
		上記の通り相違ないことを証明する。				令和 年 月 日	
	市区町村長の場合	本籍			筆頭者氏名		
母の氏名		出生児氏名			出生年月日	令和 年 月 日	
上記の通り相違ないことを証明する。				令和 年 月 日			
		市区町村長名					印

委 任 状	私は下記のものを代理人と定め、出産育児一時金 (家族出産育児一時金)の受領を委任します。		令和 年 月 日
	本人	住所 氏名	印
	代理人	住所 氏名	印

令和 年 月 日提出

受付日付印

振込希望の金融機関(資格喪失後の受給者のみ)	
銀行・金庫 信組・農協	本店 預金 普通 口座 支店 種目 当座 番号
フリガナ	
口座名義	

(令6.12)

(注) 医療機関等から交付される代理契約に関する文書(合意文書)の写しと出産費用の明細書(領収書)の写しを添付してください。