

健康保険

被保険者

家族

出産育児一時金請求書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者の 記号・番号	—		被 保 険 者 氏 名		フリガナ												
	被保険者の 住所及び連絡先	〒 —										日中の連絡先						
	出産した者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者																
	出産した者が被扶養者の場合はその被扶養者の氏名・生年月日・続柄	被扶養者の氏名					被扶養者の生年月日					続柄						
		フリガナ					昭和 平成 令和					年 月 日						
	出産年月日			生産または死産の別		産児の数		死産・流産の場合は妊娠からの週数及び日数										
	年 月 日			<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産・流産		人		妊娠から 週 日										
	出 生 児 の 氏 名				出産した医療機関等の名称及び所在地													
					名称						所在地		〒 —					
	質問事項	①出産した者は「被保険者」で当組合の資格喪失後6か月以内の出産ですか  <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																
	上記質問事項で「はい」の場合は該当の保険者名等を記入	②出産した者は「被扶養者」で当組合の扶養認定後6か月以内の出産ですか																
		①の「はい」に該当の場合は現在加入の保険者名及び記号番号					保険者名					記号番号						
		②の「はい」に該当の場合は従前加入の保険者名及び記号番号										—						
上記保険者から出産育児一時金を <input type="checkbox"/> 受給する <input type="checkbox"/> 受給する予定 <input type="checkbox"/> 受給しない																		
振込希望の金融機関名 ※被保険者又は受取代理人の口座を記入			銀 行 ・ 信 組				本店		預金種別									
			支店				普通		当座		別段		通知					
			出張所				口座番号											
受取代理人の欄 ※本申請の受領を代理人に委任する場合に記入	被保険者		本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。															
			氏名						生年 月日		年 月 日							
	代理人		氏名								被保険者との関係							
			住所		〒 —				日中の連絡先									
医 師 ・ 助 産 師 又 は 市 区 町 村 長 記 入 欄	医師・助産師又は 市区町村長の証明欄	医師・助産師	出産年月日		生産または死産の別		産児の数		死産・流産の場合は妊娠からの週数及び日数									
			年 月 日		<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産・流産		人		妊娠から 週 日									
			上記のとおり相違ないことを証明します。										記入年月日 年 月 日					
			医療施設の名称・所在地				名称				所在地							
											〒 —							
			医師又は助産師名								連絡先							
		市区町村長	出生児氏名		出生年月日				出生届出日									
					年 月 日				年 月 日									
			本籍						筆頭者氏名									
			上記のとおり相違ないことを証明します。										記入年月日 年 月 日					
			市区町村長名								連絡先							
備 考																		