

常務理事	事務長		

被保険者  
健康保険 **家 族** 出産育児一時金支給申請書

◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号・番号				被保険者の生年月日				届書種別	受付年度	通番				グループ						
1	0	1		-	1	2	3	昭和	年	月	日	0	4	令和	※					※
被保険者(申請者)の氏名と印		(フリガナ) ケンポ タロウ						事業所の名称		きつこう会健康保険組合										
		<b>健保 太郎</b> (印)						所在地		大阪府大阪市港区南市岡1-6-18										
被保険者(申請者)の住所		郵便番号	(フリガナ) オオサカフ オオサカシ ミナトク シオカ 1-6-18						大阪		都道府県		大阪市港区南市岡1-6-18							
		[受取人情報]/[被保険者情報]							電話		06 ( 6616 ) 9999									
被扶養者が出産したための申請であるときは、その方の				被扶養者の氏名				被扶養者の生年月日				被扶養者番号								
				<b>健保 花子</b>				昭和 51 年 10 月 22 日				※								
出産した年月日		出産児数		死産児数		妊娠経過期間		法第3条第2項被保険者として支給を受けた場合はその額(調整減額)												
平成	1	年	6	月	15	日	1 人				週		円							
出産児の氏名				被保険者と出生時の続柄		出産した医療機関等														
(フリガナ) ケンポ ジロウ				<b>子</b>		名称		多根総合病院												
<b>健保 二郎</b>						所在地		大阪府大阪市西区九条南1-12-21 電話 06 ( 6581 ) 1071												
甲(本申請人)者出産育児一時金欄	今回の申請は、退職等により、被保険者資格の喪失後、6カ月以内に出産したことによる申請ですか。						<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ											
	上段で、「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者になっていますか。						<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ											
	被扶養者の場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入している健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。						保険者名													
							記号・番号													
甲(本申請人)者出産育児一時金欄	今回の申請は、家族が被扶養者認定後、6カ月以内に出産したことによる申請ですか。						<input type="checkbox"/> はい		<input checked="" type="checkbox"/> いいえ											
	上段で、「はい」と答えた場合、家族が被扶養者の認定を受けた要因は退職等により、健康保険の資格を喪失したことによるものですか。						<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ											
	喪失したことによる場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。						保険者名													
							記号・番号													
請求年月日		特別コード	不支給理由	106条	貸付/代理表示	貸付金額	産科医療補償制度	法定支給額	支払方法	受取人住所区分										
令和			※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※							
				0:非該当 1:該当	0:なし 1:貸付有り 2:代理有り	円	0:非加入 1:加入	円	2:個人払い 1:その他	0:本人 1:代理人										
出産者氏名		健保 花子		出産年月日		平成 1 年 6 月 15 日														
出生時児の数		単胎・多胎 ( 児 )		生産または死産の別		生産・死産 ( 妊娠 週 )														
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 1 年 6 月 22 日																				
医療施設の所在地				大阪府大阪市西区九条南1-12-21																
医療施設の名称				多根総合病院																
医師・助産師の氏名				保健 五郎 (印)																
本籍		筆頭者氏名																		
母の氏名		出生児氏名		出生年月日		年 月 日														
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日																				
市区町村長名 (印)																				

振込希望口座	1 金融機関															
	金融機関コード				〇〇			銀行 金庫 信組			〇〇			店・本店 支店 出張所		
	※				信連・信漁連 農協・漁協							本所・支所 本店・支店				
	預金種別		①:普通 2:当座		3:別段 4:通知		口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎

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される)場合に記入してください。

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。													令和 年 月 日	
	被保険者 住所 (申請書) 氏 名													㊟	
	代理人の氏名と印	(フリガナ)											委任者と代理人との関係	㊟	
代理人の住所	(〒 - )											電話	( )		

令和 年 月 日

受付日付印

## 添付書類について

1. 医師・助産師または市区町村長の証明を受けられない場合は、出生が確認できる書類(戸籍謄(抄)本、戸籍記載事項証明書、登録原票記載事項証明書、登録原票記載事項証明書、出生届受理証明書、母子健康手帳(原本提示)、住民票など)を添付してください。
2. 医師機関等から交付される出産費用の領収・明細書のコピーを添付してください。(領収・明細書に「直接支払制度を利用していない旨」が記載されていない場合は、医師機関等から交付される直接支払制度を利用していないことを証する書類のコピーを併せて添付してください。)  
※産科医療補償制度の対象分別である場合には、領収・明細書にその旨を証する所定の印が押印されています。
3. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。(翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。)