

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

直接支払制度を利用しなかった場合

|                  |                 |   |    |                  |  |
|------------------|-----------------|---|----|------------------|--|
| 被保険者欄            | 被保険者証の<br>(左づめ) | 記号  | 番号 | 氏名               | (フリガナ)   |
|                  |                 |   |    |                  |  |
|                  | 生年月日            | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 |    | 電話番号<br>(日中の連絡先) | <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 |
| 会社名<br>事業所<br>所属 |                 |   |    |                  |  |

※退職者の方は住所をご記入ください。

|  |   |  |                    |   |                          |
|--|---|--|--------------------|---|--------------------------|
| 申請内容   | 1 出産した者   | <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)                          |                    |   |                          |
|  | 1-①<br>家族の場合はその方の   | 氏名   | 生年月日               | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 |                          |
|  | 2 出産した年月日   | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和                                  |                    |   |                          |
|  | 3 生産または死産の別   | <input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在 |                    |   |                          |
|  | 3-①<br>「生産」の場合出生人数  |  | 3-②<br>「死産」の場合死産児数 |   | 3-②-(1)<br>「死産」の場合妊娠経過期間 |
|  | 4 出産した医療機関等   | 名称   | 所在地                |   |                          |
|  | 5 出産した方   | ●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。<br>●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。                                    |                    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                            |                          |
| 5-①<br>「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。<br>●被保険者 → 現在加入している保険者について記入<br>●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について記入 | 保険者名  | 記号・番号  |                    |   |                          |
| 5-①-(1)<br>同一の出産について、6-①の保険者より出産育児一時金を   | <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない |  |                    |   |                          |

〔備考〕

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認のため添付書類が必要です)

受付日付印