

記入例

産
婦
健
保

出産育児一時金

内払金支払依頼書

差額申請書

直接支払制度を利用した場合

被 保 険 者 欄	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください。			
	被保険者等の (左づめ)	1 2	1 2 3 4 5 6			
	氏名 (フリガナ)	ケンポ タロウ		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	
		健保 太郎				8 年 4 月 3 日
電話番号 (日中の連絡先)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯	080 (1234) 5678	内線 ()			
会社名 事業所 所属	〇〇〇〇〇株式会社 〇〇営業所 〇〇G					※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 checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)					
	1-① 家族の場合はその方の	氏名	健保 花子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	10 年 11 月 22 日	
	2 出産した年月日	令和	08 年	05 月	28 日		
	3 生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在					
	3-① 「生産」の場合出生人数	1 人	3-② 「死産」の場合死産児数	人	3-②-(1) 「死産」の場合妊娠経過期間	満 週	
	4 出産した医療機関等	名称	〇〇産婦人科医院	所在地	福岡市〇〇区〇〇1-2-3		
	5 出産した方	●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●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 checked="" type="checkbox"/> いいえ			
5-① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 ●被保険者 → 現在加入している保険者について記入 ●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) 同一の出産について、5-①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						

※ 退職者の方(任意継続被保険者は除く)は、振込先口座の通帳(写)を添付してください。

〔備考〕

受付日付印
