

組合 使用 欄	支給年月日	年 月 日	法定給付						
	資格取得日	年 月 日	付加給付						
	資格喪失日	年 月 日	合計支給額						

常務理事	事務長	担当

健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金・付加金 支給申請書

被 保 険 者 情 報	記号・番号	・	生年月日	昭和 平成	年 月 日
	氏名・印	(フリガナ)		印	* 自署の場合は押印を省略できます
	住所	〒 -			
TEL (携帯可) - -					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主に委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)					

出 産 し た 方 の 情 報	出産した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)	氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	出産年月日	平成	年 月 日	生産児数 人	死産児数 人	死産の場合 妊娠経過期間 満 週	
	出生児の氏名	(フリガナ)		出生児の氏名	(フリガナ)		
	被保険者が出産した場合 ⇒ 退職後6ヶ月以内の出産ですか			<input type="checkbox"/> はい		「はい」の場合は以下の欄も記入して下さい	
	家族が出産した場合 ⇒ 当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか			<input type="checkbox"/> いいえ			
被保険者 ⇒ 現在加入している健康保険について			健保等の名称				
家 族 ⇒ 当組合加入前に加入していた健康保険について			記号・番号		・		

振 込 先	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義 (カタカナ)
			普通	

被保険者名義以外の口座に振込希望の場合は、被保険者(申請者)・代理人がそれぞれ記入・捺印のこと				
受 取 代 理 人 の 欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	平成	年 月 日
		氏名・印	印	住所 「被保険者情報の住所と同じ」
	代理人(口座名義人)	〒 -	住所	TEL (携帯可) - -
	氏名・印	(フリガナ)	印	申請者と代理人との関係

※被保険者証の記号・番号を記入した場合はマイナンバーは不要です。
● マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認及び本人確認書類の添付が必要です。
【被保険者のマイナンバー】

事業所担当印

受付日付印

【添付書類】

- 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写し
(「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載と「産科医療保障制度」のスタンプが捺印されているもの)