

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 (直接支払制度を利用しない)

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)			Ⓜ	*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 死産児数	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	

受 取 代 理 人 の 欄	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							
	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	Ⓜ	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)	Ⓜ	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

【添付書類】

- ① 医師又は助産師が発行した出生証明書等、出産の事実を証明する書類、又は市区町村長が発行した戸籍謄本(又は抄本)
- ② 医療機関等から交付される代理契約に関する文書の写し
- ③ 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  
(「直接支払制度を用いていない旨」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)

受付日付印