

健康保険 被保険者 出産育児一時金 内払金支払依頼書
 家 族 出産育児一時金付加金

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者の	記号	番号	生年月日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 平成 <input type="text"/>
	氏名	(フリガナ) <input type="text"/>		
	住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>		
電話番号	日中の連絡先	TEL	-	-
				携帯 勤務先 自宅

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協	支店 出張所 本店 代理店 支所
	預金種別	普通 当座	口座番号 <input type="text"/>
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください)	口座名義の区分
	<input type="text"/>		申請者 代理人

「代理人」の場合は必ず記入ください。

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。令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	代理人(口座名義人)	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> TEL <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> 住所 <input type="text"/> (フリガナ) 氏名 <input type="text"/>
		委任者と代理人との関係 <input type="text"/>

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者の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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(R6.12)

組合使用欄	支給決定伺	資格取得	昭和 平成 令和	年	月	日	法定給付	拾万	万	千	百	拾	円
伺		資格喪失	令和	年	月	日							
		扶養認定	平成 令和	年	月	日	付加給付		万	千	百	拾	円
		出産予定	令和	年	月	日							
		出 産	令和	年	月	日	受取代理額	円					

被保険者氏名

申請内容	1 出産した者	<input type="radio"/> 被保険者 <input type="radio"/> 家族（被扶養者）	
	1-1 家族の場合はその方の	氏名	生年月日 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 平成 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	2 出産した年月日	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	
	3 生産または死産の別	<input type="radio"/> 生産 <input type="radio"/> 死産 <input type="radio"/> 生産・死産混在	
	3-① 「生産」の場合 出生人数	<input type="text"/> 人	3-② 「死産」の場合 死産児数
		3-②-1 「死産」の場合 妊娠経過期間	満 <input type="text"/> 週
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。 ●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。		<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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 ●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について		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="radio"/> 受けた/受ける予定 <input type="radio"/> 受けない

証明欄 (いずれかにご記入ください)	医師・助産師による証明の場合	出産者氏名		出産年月日	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
		出生児の数	<input type="radio"/> 単胎 <input type="radio"/> 双胎 → (<input type="text"/> 児)	生産または死産の別	<input type="radio"/> 生産 <input type="radio"/> 死産 → (妊娠 <input type="text"/> 週)
		上記のとおり相違ないことを証明する。		医療施設の所在地	医療施設の名称
証明の場合 市区町村長による 生産のみ	本籍			筆頭者氏名	
	母の氏名			出生年月日	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。		市区町村長名		<input type="text"/>