

支		円
支 総	健保使用欄 記入しないでください	円
医療機関守秘松嶺直営又松刀		円

健康保險組合使用欄		
常務理事	事務長	擔當者

# 健康保險 被保險者 家族 出產育兒一時金 支給申請書

### 被保險者(申請者)記入用

1 2

被 保 險 者  (申請者) 情報	記号	番号	記号番号が分からぬ場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
氏名	(フリガナ) オオサキ ケンタロウ 大崎 健太郎		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 1 1 1 2 3 0
住所	(〒 141 - 8647 ) 東京		都道府県	品川区○○○ 1-○○-○○ ○○マンション 707	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 ( 3448 ) 728×				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (委任する場合は□)					

※ 社員の方は給与口座に振り込まれますので、振込先指定口座は記入不要です。

<p><input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は□　利用しない場合は下記の欄を記入。）</p> <p>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。</p>	
<p>金融機関 名称</p>	
<p>預金種別</p>	<p>社員の方は記入不要です 任意継続の方は必ずご記入下さい</p>
<p>口座名義 (カタカナ)</p>	

社員の方は記入不要です  
任意継続の方は必ずご記入下さい

【添付書類】

#### ＜直接利用制度ありの場合＞

- ・医療機関等から交付される、出産一時金等の医療機関等への直接支払制度の写し
  - ・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

### ＜直接制度利用なしの場合＞

- ・領収書または明細書  
(産科医療保障制度加入の医療機関で出産した場合は右のスタンプの押されたもの)
  - ・「直接支払制度」を利用してない旨の医療機関の証明  
(退院の日までに出産した施設より交付されます)

受付日付印

# 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

1

2

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

大崎 健太郎

1~5まですべて記入

## 申請内容

1 出産した者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族（被扶養者）		
1-① 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	年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
2 出産した年月日	令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日		
3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 1. 生産 <input type="checkbox"/> 2. 死産 <input type="checkbox"/> 3. 生産・死産混在		
3-① 「生産」の場合出生人数	<input type="checkbox"/> 人	3-② 「死産」の場合死産児数 <input type="checkbox"/> 人	3-②-(1) 「死産」の場合妊娠経過期間 <input type="checkbox"/> 満 <input type="checkbox"/> 週
4 出産した医療機関等	名称	所在地	
5 出産した方	<input type="checkbox"/> ●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 <input type="checkbox"/> ●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。		
5-① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 保険者名 <input type="checkbox"/> 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"/> 1. 受けた／受ける予定 <input type="checkbox"/> 2. 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 出産者氏名		出産年月日	令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
	出生児の数 <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → (児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠)	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 医師・助産師の氏名 令和 年 月 日				
市区町村長による 証明の場合(生産のみ)	本籍		筆頭者 氏名	
	母の氏名	出生児 氏名	出生 年月日	令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長名 令和 年 月 日				

出産証明書のコピー添付でも可