

使用欄 健保組合	支給決定額		円		常務理事	担当上司	担 当
	産科医療補償制度 加算対象の有無	無 ・ 有	受取代理人の有無	無 ・ 有			

健康保険 被保険者家族 出産育児一時金支給申請書

三谷健康保険組合理事長 殿

※個人番号で申請される場合は、備考欄(被保険者記入欄下部)に個人番号を記載してください。ただし、その場合は個人番号確認書類及び身元確認書類の提出が必要となります。

被保険者(申請者)が記入するところ	被保険者証の記号・番号		被保険者(申請者)の氏名 (フリガナ)				被保険者の生年月日 昭・平 年 月 日					
	被保険者(申請者)の住所		郵便番号 (フリガナ)		TEL		電話番号 - -					
	事業所(会社)の名称		事業所(会社)の所在地		TEL		- -					
	家族が出産したための申請であるときは、その方の		被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日 昭・平 年 月 日		被保険者との続柄					
	出産した年月日		令和 年 月 日		生産または死産の別		1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在					
	「生産」の場合 出生人数		人		「死産」の場合 死産児数		人		「死産」の場合 妊娠経過期間		満 週	
	出産した医療機関等		名称		所在地							
	出産した方		○被保険者 → 退職後6カ月以内の出産ですか。 ○家 族 → 当健保組合に加入後6カ月以内の出産ですか。 「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 → 当健保組合加入前に加入していた保険者について 同一の出産について、上記の保険者より出産育児一時金を				はい ・ いいえ		保険者名			
	振込希望口座		預金種別		普通・当座		口座番号		銀行 金庫 信組		本店 支店 出張所	
	備考		口座名義		(フリガナ)							

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		出産者氏名		出生年月日		令和 年 月 日			
			出生児の数		単胎 ・ 多胎 (児)		生産又は死産の別		生産 ・ 死産 (妊娠 週)	
			上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日							
			医療機関の所在地		医療機関の名称		医師の氏名		電話 - -	
証明区(町・生村長による)	本 籍		筆頭者氏名							
	母の氏名		出生年月日		令和 年 月 日					
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日		市区町村長名						㊟	

※給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日		代理人の氏名		(フリガナ)		委任者と代理人との関係		
	被保険者(申請者)の住所 氏名		郵便番号		(フリガナ)		電話番号 - -		
代理人の住所		- -							