

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

常務理事	事務長	担当者		事業所担当者

<受取代理用>

支給決定印

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者証の		個 人 番 号 (被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)											
	記号	番号												
	被保険者(申請者)の氏名	ふりがな 在職中は支給金額の受領を事業主に委任します。										生 年 月 日 昭和・平成		
	被保険者(申請者)の住所	〒										都 道 府 県	市 区 郡	
	電話										-	-		

申 請 内 容	出産する者	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)													
	家族の場合は、その方の	氏 名										生 年 月 日 昭和・平成			
	出産予定年月日	出 産 児 の 予 定 数													
	令和	単胎・多胎(児)													
	出産予定医療機関等の														
	名称														
	所在地	〒										都 道 府 県	市 区 郡		
	電話													-	-
	被保険者が出産予定の場合で、当健保組合の資格喪失後6ヵ月以内に出産する場合、現在加入している健康保険について														
	健保等の名称	記号	番号												
	被扶養者(家族)が被扶養者認定後、6ヵ月以内に出産予定の場合で、その家族が被扶養者認定以前に加入していた健康保険について														
	健保等の名称	記号	番号												

受取代理人の欄につきましては、裏面にあります。

支給印 受付印

■ 添付書類
母子健康手帳の氏名、出産予定日、通院記録のわかるページの写し
または出産予定日がわかる証明書類の写し

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印
-----------------------	---

