被保険者 出産育児一時金 支給申請書 健康保険

被保険者(申請者)記入用

(付加金)

タロウ

番号 生年月日 月 日 ■昭和 4 203 01 □ 平成

(₹ 100 1111 豊島区北大塚1-住所 東京 府(県) 14 - 3電話番号 TEL 03 (5961) 5521 (日中の連絡先)

<給付の手続きについて>

記号

(フリガナ)

被保険者証の

(右づめ)

氏名·印

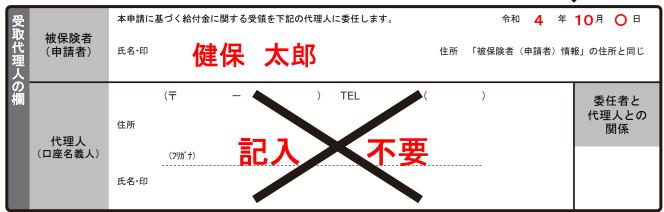
健康保険組合からの給付は事業主(会社)を経由して給付されます。 以下の委任の手続きを行ってください。

健保 太郎

事業主が代理人となりますので被保険者(社員)欄へ署名・押印ください。 (押印省略不可)

任意継続被保険者の方は「1」を選択してください。登録の口座へ入金します。 支払委任を希望する場合は健康保険組合へお問い合わせください。





提出先:各社 人事・総務・業務担当者へ提出して下さい。 ※健保組合に直接提出しないでください。

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

被保険者証の記号番号に代えてマイ	イナンバーにより	り申請する場合は、	備考欄へ記載してください	١,
(マイナンバーを記載した場合は、	個人番号確認、	本人確認をするた	めの添付書類が必要です。)

(02.4)

受付日付印 備考欄 健保使用欄 人事·業務担当者 担当者 常務理事 事務長

被保険者 出産育児一時金 支給申請書 健康保険

(付加金)

申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名

健保 太郎

_									
申請内容	1 出産	した者	2 1.	被保険者	2. 家族(被扶養	者)			
谷	1 - ① 家族 <i>の</i>))場合はその方の	氏名	健保	花子	生年月	□ 昭和 2 2 4	O 3	0 1
	2 出産	した年月日	令和	4 _年 0	3 _月 01 _日				
	3 生産	または死産の別	1.	生産 2	. 死産 3. 生産・	死産混在			
	3 - ① 「生産」) の場合出生人数	1 _人		3 - ② 「死産」の場合死産児数	<u></u> Д	3 - ② - (1) 「死産」の場合妊娠経過	期間 満 _	週
	4 出生	児の氏名	仅	建保	組子		(第	3 子)	
	5 出産	した医療機関等	名称	ΔΔ.	ウリニック	所在地東	京都千代田区丸	の内●-) – (
	6 出産	した方 ●被保険 ●家			出産ですか。 0月以内の出産ですか。		こ いいえ		
	6 - ① 「はい) ・」の場合、『保険者 ●被保険者 ➡				保険者名	入人有	要	
					こいた保険者について	記号·番号			
		6 - ① - (1) 同一の出産(こついて、6	- ①の保険者	背より出産育児一時金 <i>を</i>	. Ž	けた/受ける予定	2. 支けない	,
==									
証明欄	証師のは	出産者氏名	-			出産年月日	令和	月	
いず	場 り 合産 師	出生児の数	単胎 口 多品		児)	生産または死産の	の別の発産	→ (妊娠	週)
れか	による	上記のとおり相違	ナハニとを証	田士ス	· 听在地				
れかにご記入ください)	4	全年 全年 全年 日本	月 ■		医療施設の		下要		ED
	証市明区の町	本籍				質	順者		
	の場合(生産の)に町村長による	母の氏名			4生児 氏名		月日 TT 年	月	
	産るのなる	上記のとおり相違	な」を証	- 三明する。 市	区町村長名				ED

※母子手帳の出産の事実が分かるページのコピーを添付してください。

月