

被保険者

支払印

受付印

家族

出産育児一時金申請書【事後申請用】(支給No.)

被 保 険 者 ま た は 被 保 険 者	①被保険者証の記号・番号	(記号) _____ (番号) _____	②所属事業所の名称		
	③被保険者の氏名		④生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
	⑤出産年月日	令和 年 月 日	⑥出産児の氏名		
	⑦家族が出産のときはその者の氏名		⑧家族の生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
	⑨入院された産院・病院または診療所の名称および所在地	病院等の名称			
		所在地			
	⑩振込先銀行・口座 (被保険者名義の口座)	銀行支店	口座番号(普通・当座)	口座名義人(カナ)	
	上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日		〒 _____	TEL _____	
	そごう・西武健康保険組合 理事長 殿		被保険者の 住所氏名 _____		

出 産 ま た は 死 産 に 関 す る	⑪ 出 産 証 明	令和 年 月 日に _____ 人を出産または死産(妊娠 週、または 日)
	上記のとおり証明いたします。 令和 年 月 日	
		証明者の住所 氏 名 _____

委 任 状	保険給付金の受領を下記の者に委任いたします。以下の(1)(2)のいずれかに○をつけてください。	
	令和 年 月 日	被保険者の氏名 _____
	(1) 所属事業所の事業主もしくは事業主代理人	代理人の 住所・氏名 _____
	(2) (1)以外の受領代理人 (2)選択の場合は右欄に記入	

領 収 証	金 _____ 円を領収いたしました。 ただし、出産育児一時金として	令和 年 月 日 領 収
	そごう・西武健康保険組合 理事長 殿	氏 名 _____

※本人が資格喪失後6箇月以内に出産された方、家族が扶養認定後6箇月以内に出産された方で国保又は国保組合に加入されている方・されていた方のみ記入

国民健康保険・国民健康保険組合の 名称及び所在地 (国保は市町村名を記入、国保組合はどの 組合かを記入)	記号 _____ 番号 _____	加入年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
	〒 _____	喪失年月日 令和 年 月 日
	所在地 名 称 _____	TEL _____

※ 支 給 (支 出) 決 定 伺		支 給 金 額	出 産 年 月 日	※ 備 考	
	<input type="checkbox"/> 被保険者出産育児一時金		令和		<input type="checkbox"/> 直接払 <input type="checkbox"/> 間 接 払 (給与振込)
	<input type="checkbox"/> 家族出産育児一時金	円	年 月 日		
	支給決定のうえ支払いしてよろしいか		令和 年 月 日		
	・一般被保険者資格取得年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	・ " 資格喪失年月日 令和 年 月 日	※ 家族の場合は認定日	常務理事	
・任継被保険者資格取得年月日 令和 年 月 日	・ " 資格喪失年月日 令和 年 月 日	年 月 日認定			

※資格喪失後6箇月以内の出産又は扶養認定後6箇月以内の出産の場合は、不支給証明書を添付して下さい。

※分娩機関発行の領収書のコピーを添付してください。

※出産「育児一時金の医療機関直接支払制度に関する説明・同意書」を添付してください。

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者・証明者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)