

被保険者

記入例

支払印

受付印

(どちらかに「」をお願いします。)

家族

※本人が出産(現在在職中、任意継続)



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 であ っ た 者 記 載 事 項	①被保険者証の記号・番号	(記号) 7001 (番号) - 654322	②所属事業所の名称	そごう 横浜店
	③被保険者の氏名	十合 花子	④生年月日	昭和 53年 1月 1日生
	⑤出産年月日	平成 21年 10月 1日	⑥出産児の氏名	十合 武
	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 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	実玲産婦人科 横浜市中区高島2-19-12		
	⑩振込先銀行・口座 (被保険者名義の口座)	任意継続被保険者の方は郵便局口座へお振込みしな 横浜 銀行 口座番号(普通・当座) 受取人氏名(ふりがな) 高島 支店 普通 554421 十合 花子 そごう はなこ		
	上記のとおり申請いたします。 〒 220-8510 TEL 045-111-2222 平成 21年 10月 10日			
			被保険者の住所氏名	横浜市西区高島2-18-1 十合 花子 (印)
	そごう・西武健康保険組合 理事長 殿			

出 産 ま た は 死 産 に 関 す る 医 師 ま た は 助 産 師 の 証 明	⑪ 出 産 証 明	平成 21年 10月 1日 に 1 児を出産または死産(妊娠 週、または 日)
	上記のとおり証明いたします。 ※この欄は医師または助産師(婦)に証明をもらってください 平成 21年 10月 9日	
		証明者の住所 横浜市中央区高島2-19-12 (印) 氏 名 実玲産婦人科

委 任 状	保険給付金の受領を下記の者に委任いたします。(この委任欄は、給付金を給与と合算支給するための委任欄です。)	
	平成 21年 10月 10日	被保険者の氏名 十合 花子 (印)
	所属事業所代表取締役殿 またはその復代理人	復代理人の氏名 印

領 収 証	金 円を領収いたしました。	平成 年 月 日 領 収
	ただし、出産育児一時金として	
	そごう・西武健康保険組合 理事長 殿	氏 名 十合 花子 (印)

※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、国保組合はどこの組合かを記入)	記号	番号	加入年月日	昭和・平成	年	月	日
			喪失年月日	平 成	年	月	日
	〒	—	TEL	—	—		
	所在地	名称					

※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	平成 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 家族出産育児一時金	円	<input type="checkbox"/> 直接払	
	支給決定のうえ支払いしてよろしいか		平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 間接払(給与振込)
	一般被保険者 資格取得年月日	昭和・平成 年 月 日	※家族の場合は認定日	常務理事
" 資格喪失年月日	平成 年 月 日			
任意継続被保険者 資格取得年月日	平成 年 月 日	年 月 日認定		
" 資格喪失年月日	平成 年 月 日			

※国保、国保組合以外の社会保険加入の方で、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。

※平成21年1月1日以降の分娩については、分娩機関発行の領収書のコピーを添付してください。