

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(資格喪失後6箇月以内に出産の方)

出産育児一時金申請書【事後申請用】(支給No.)

P

| | | | | | |
|---|----------------------------|-------------------------|---|---------------------------------|--|
| 被 保 険 者 ま た は 被 保 険 者 | 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 神戸店 | |
| | 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 3月 3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) | 横浜 銀行 高島 支店 | 口座番号(普通・当座) 普通 554421 | 受取人氏名(ふりがな) そごう はなこ 十合 花子 | |
| | 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 | 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 | | 横浜市中区高島2-19-12 |
| 氏 名 | | 実玲産婦人科 (印) |

| | | |
|-------------|---|-----------|
| 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 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 11半 番号 1111 | 加入年月日 昭和・平成 21年 9月 3日 | 喪失年月日 平成 年 月 日 |
| | 〒 220 - 0001 | TEL 045 - 555 - 6666 | |
| | 所在地 横浜市西区3-3-3 名称 横浜市 | 資格喪失後6箇月以内に出産された方で、現在加入の健康 保険が組合管掌、協会けんぽの場合、この欄の記入は必 要ありません。 | |

| | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------|----------|--|--------------------------|
| ※支 給 (支 出) 決 定 伺 | 支 給 金 額 | | 平成 年 月 日 | | □ 直接 払 □ 間 接 払 (給与振込) |
| | □ 被保険者出産育児一時金 | 円 | | | |
| | □ 家族出産育児一時金 | 円 | | | |
| | 支給決定のうえ支払いしてよろしいか | | 平成 年 月 日 | | |
| | ・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。

そごう・西武健康保険組合