

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

※家族が出産(扶養認定後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.)



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) - 654321	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 太郎	④生年月日	昭和 55年 12月 10日 日生	
	⑤出産年月日	平成 21年 10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	十合 花子	⑧家族の生年月日	昭和 56年 1月 9日 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 太郎 十合 太郎	
	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 太郎 (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 十合 太郎 (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 太郎 (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 年 月 日	喪失年月日 平成 16年 12月 1日
	〒 220 - 0001	TEL 045 - 555 - 6666	
	所在地 横浜市西区3-3-3 名称 横浜市	扶養認定後6箇月以内に出産された方で、従前加入の健康 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					
	<input type="checkbox"/> 被保険者出産育児一時金	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 直接払			
	<input type="checkbox"/> 家族出産育児一時金	円	<input type="checkbox"/> 間接払(給与振込)			
	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