

被 保 険 者 家 族 出 産 育 児 一 時 金 請 求 書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の		記号			事業所の名称					
			番号								
	出産した年月日		年 月 日		生産または死産の別	1. 生産 → 出生児数 2. 死産 → 死産児数		人 人 (妊娠 週)			
	家族の出産である時はその者の		氏名				生年月日	年 月 日			
	出産したのが被保険者の場合、退職後6ヵ月以内の出産ですか 1. はい 2. いいえ ※「はい」の場合は「出産育児一時金請求に際しての調査票」を添付してください。										
	出産したのが家族の場合、当組合加入後6ヵ月以内の出産ですか 1. はい 2. いいえ ※「はい」の場合は「家族出産育児一時金請求に際しての調査票」を添付してください。										
	同一の出産について、他の保険者から出産育児一時金を 1. 受けた／受ける予定 2. 受けない										
	振込(送金)を希望する銀行名等		☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は ☒ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受領を委任する場合は、公金受取口座を利用できません。								
			フリガナ						本店支店	預金の種類	1. 普通 2. 当座
			口座番号				口座名義人		フリガナ		
上記により請求します 〒 - 年 月 日 被保険者 住所 ユニチカ健康保険組合 殿 氏名 電話 () -											
確認欄		☐ この請求については、請求者本人(被保険者)が作成したものです									
委任する時	上記請求金額の受領方を 住所 氏名 に委任します 年 月 日 被保険者氏名										
同意欄 ※海外で出産して請求する場合に記入	ユニチカ健康保険組合又はその委託を受けた者が、請求書類に記載された事実を確認するため、当該海外出産の介助を行った者(海外の医療機関等)に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。 なお、国や地域、医療機関から別途同意書や委任状等を求められた場合、当該書類に必要事項を記載することや、その他の書類が必要となる場合に当該必要書類の提示等に協力することも、併せて同意します。 氏 名 住 所 年 月 日 生年月日 年 月 日 ※この欄の署名は、出産した本人がおこなってください。										
備考欄	被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(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。)										

証 明 欄	医師・助産師による証明	出産者氏名			生産死産の別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 週)	
		出産年月日	年 月 日		出生児の数	単 胎 ・ 多 胎 (児)	
		上記のとおり相違ないことを証明する 年 月 日 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名 電話 () - ※医療施設の所在地・名称はゴム印(スタンプ等)を使用してください。 記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)を記入してください。					
	市区町村長による証明	本籍				筆頭者氏名	
母の氏名			出生児氏名		出生年月日	年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明する 年 月 日 市区町村長名 ⑤ 電話 () -							