

令和	年度
款	保険給付費
項	法定給付費
目	出産育児一時金

健康保険組合処理印および支給決定印

取扱者	審査	事務長	常務理事
-----	----	-----	------

出産育児一時金 兼 内払金支給申請書(女子被保険者用)

被保険者証 記号・番号				請年 月 求日	令和 年 月 日	
被 保 険 者 氏 名	フリガナ	印	会 社 名 所 属	(連絡先)		
退 職 者 の 場 合	退職年月日 令和 年 月 日 住所 連絡先					
出 生 児 氏 名	フリガナ	被保険者に対する続柄	分 娩 年 月 日	令和 年 月 日		
出生児を被扶養者として登録 する しない			出 生 児 を 住 民 登 録 す る 住 所	区 市 市 町 郡 村		
支払金融機関 〔被保険者 名義の口座〕	フリガナ	コード	フリガナ	コード	預金種別	口座番号
	銀 行		支 店		普 通 当 座	

医師または助産婦の証明 〔場合は別紙を添付 市町村長が証明する〕	分娩年月日	令和 年 月 日	分娩者氏名	フリガナ
	出 生 児	生産 ・ 死産	〔 カ月 週 〕	男 ・ 女
	上記のとおり相違ありません。 住所 令和 年 月 日 氏 名 印			

請求者に被保険者資格が ある ・ ない			資格喪失後6ヶ月以内 資格喪失後6ヶ月超過			
出生児が	生産 ・ 死産	〔 カ月 週 〕	出生児を被扶養者として認定 する しない			
出 産 育 児 一 時 金 支 給 決 定 額						

- (注) 1. 申請書は太枠の中のみ記入して下さい。
2. 多胎分娩の場合は、出産児ごとに1枚記入して下さい。
3. 出生の証明者が市町村長の場合は、証明欄に「別紙添付」と記入し、戸籍謄本(抄本)の正を添付して下さい。
4. 出産費用の内訳が記載された領収・明細書の写しを添付して下さい。
5. 直接支払制度を利用していない場合は、その事実が確認可能な代理契約に関する文書の写しを添付して下さい。
6. 保険給付金は、ご指定の口座への振込と同時に領収されたものいたします。

受 付 印

出 納 印