

被 保 險 者 族 出 産 育 児 一 時 金 支 給 申 請 書

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 險 者 証 記号	○ ○ ○	番 号	△ △ △ △		
	氏 名	健 保 太 郎			事 業 所 名	〇〇〇〇株式会社
	住 所	〇〇〇〇〇〇1-1				
	出 産 した 人 の 氏 名	健 保 花 子		出 産 した 人 の 生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
	出 産 した 日	令 和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		出 産 数	单 胎 ・ 多 胎 (2 人)	
	出 産 した 医 療 機 関 等	名 称	〇〇〇産婦人科医院			
		所 在 地	〇〇県〇〇市〇〇町3			TEL
	※ 被 保 險 者 が 出 産 の 場 合 → 資 格 喪 失 後 6 月 以 内 の 出 産 で す か ? <input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ <input type="radio"/> はい の 場 合 下 欄 に 記 入					
	※ 被 扶 養 者 が 出 産 の 場 合 → 扶 養 認 定 日 以 後 6 月 以 内 の 出 産 で す か ? <input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ <input type="radio"/> はい の 場 合 下 欄 に 記 入					
	◎ 被 保 險 者 が 資 格 喪 失 後 6 月 以 内 に 出 産 の 場 合 現 在 加 入 し て い る 保 險 者 (健 保) に つ い て			保 險 者 名	〇△□健康保険組合	
◎ 被 扶 養 者 が 扶 養 認 定 日 以 後 6 月 以 内 に 出 産 の 場 合 扶 養 認 定 前 に 加 入 し て い た 保 險 者 (健 保) に つ い て			記 号	〇〇	番 号	△□〇〇
			住 所	〇〇県〇〇市〇〇町 TEL 〇〇〇〇〇		

委 任 状	この申請書の「申請及び給付金の受領」を事業所代理人に委任します。			受付日付印	
	被 保 險 者 氏 名	健 保 太 郎			
	事 業 所 代 理 人 氏 名				

医 師 村 長 助 産 師 又 は 市 区 長	出 産 年 月 日	令 和 年 月 日	生 産 ・ 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産	妊 娠 第 月 、 又 は 第 週
	出 生 児 の 数	单 胎 ・ 多 胎 (児)			
	上 記 の と お り 相 違 不 同 な い こ と を 証 する。				
	令 和 年 月 日 医 療 施 設 の 名 称 所 在 地 医 師 ・ 助 産 師 名 市 区 町 村 長 名				

※ 妊娠85日(4ヵ月)以上の出産であれば、死産、早産、流産の別を問わず支給の対象になります。

被 保 險 者 証 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 に 被 保 險 者 の マ イ ナ ン バ ー を 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 。)

備 考 欄	
-------	--

支 給 支 払 決 議	支 給 額	円	同 年 月 日	常 務 理 事	事 務 長		係
			支 給 年 月 日				
	出 産 日	年 月 日	被 保 險 者	被 扶 養 者			