

◎申請書は黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に記入ください

※ 支給 決議 書	何年月日						常務理事			係		
	支払額		拾	万	千	百	拾	円				
	決	定	拾	万	千	百	拾	円	資格	得	喪	被扶養者
	付	加										照合印
分娩の日	平成 年 月 日				備考					法第57条		

健康保険 被保険者 出産育児一時金 支給請求書
家族 出産育児一時金付加金

金融機関名	〇〇 銀行 本店 〇〇 信用金庫 支店	給与振込口座番号	普通 XXXXXXX	ふりがな	けんぼ たろう
				預金の名義人	健保 太郎

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の記号と番号	X - XXXX	②被保険者の氏名	健保 太郎	
	③被保険者の現住所	〇〇市〇〇町 X-XX-X		〒	XXX-XXXX
				TEL	xxx-xxx-xxxx
	④事業所の名称	(株)〇〇〇〇〇			
	⑤出産した年月日	令 X 年 XX 月 XX 日	⑥生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在	
	⑦家族の出産の場合はその方の(ア)氏名	健保 花子		(イ)生年月日	昭・平・令 XX 年 X 月 X 生
	⑧出産した方	<input type="checkbox"/> 被保険者→退職後6か月以内の出産ですか <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者→当組合に加入後6か月以内の出産ですか		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
		「⑧ - [はい]」の場合 被保険者は現在加入中の保険者。 被扶養者は当組合加入前の保険者について		⑨保険者名	〇〇健康保険組合
	同一の出産について⑨の保険者より出産育児一時金を <input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定 <input checked="" type="checkbox"/> 受けない		⑩記号・番号	XXXX- XXXXXX	
					*健康保険

証 明 す る と こ ろ	出生年月日	令 年 月 日	生産又は死産の別	<input type="checkbox"/> 生産・ <input type="checkbox"/> 死産(妊娠第 週)		
	出生児数	<input type="checkbox"/> 単胎・ <input type="checkbox"/> 多胎(児)		備考		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名					
	出生児本籍			筆頭者氏名		
	出生届出日	令 年 月 日	出生児氏名	出生年月日	令 年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名					印	
被保険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、本人確認するための添付書類が必要です。)						
備考						

支払印

ミツバ健康保険組合

受付印