

◎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	同 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	・	・	被 扶 養 者 照 合 印
	付 加							喪	・	・		
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	銀 行	本 店	給 与 振 込	普 通	ふりがな	
	信 用 金 庫	支 店	口 座 番 号		預 金 の 名 義 人	

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号と番号		-		②被保険者の 氏名					
	③被保険者の現住所				〒		TEL			
	④事業所の名称									
	⑤出産した年月日		令 年 月 日		⑥生産または 死産の別	<input 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			(イ) 生年月日	昭・平・令 年 月 日生			
	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 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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		⑨保険者名			
		「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		⑩記号・番号						
		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 type="checkbox"/> 受けない						*健康保険		

証 明 す る と こ ろ	出 産 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 の 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		(所在地および名称は必ずゴム印等を押印願います)			
	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		Ⓢ				
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