|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | ※支給決議書 | 伺　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 |  |  |  |
| ◎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 |  | 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****家　 　族　 出産育児一時金付加金** | **支　給　請　求　書** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | 金　融機関名 | 銀行　信用金庫 | 本店支店 | 給与振込口座番号 | 普通 |  |  | ふりがな |  |
|  |  | 預金の名義人 |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 被　保　険　者　が　記　入　す　る　と　こ　ろ | ①被保険者等の記号　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 | □生産 □死産　□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 | □被保険者→ 退職後６か月以内の出産ですか□被扶養者→　当組合に加入後６か月以内の出産ですか | □はい　　□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 ・当組合加入前に加入していた　 　保険者について | ⑨保険者名 |  |  |
|  | 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　　　　　　　□受けた/受ける予定　　　　□受けない　　　　　　　　　　　　　　\*健康保険 |
|  |
|  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 医師、助産師又は市区町村長(生産のみ)が　証明するところ | 出産年月日 | 　令　　年　 月　　日 | 生産又は死産の別 | □生産・□死産(妊娠第　　週) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  | 出生児の数 | □単 胎 ・ □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、本人確認するための添付書類が必要です。） |
|  |  |  |  | 備　　　　考 |  |
|  |  |  | 　　　　　　　　　　　　　ミツバ健康保険組合支　　払　　印 | 受　　付　　印 |