|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | ※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 | | | | | | |