

被保険者  
家 族

# 出産育児一時金支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者等 記号・番号	記号		フリガナ		②被保険者の 氏名と印	㊟		
		番号							
	③被保険者の 住 所	〒 _____ TEL ( )							
	④ 事業所の	(ア) 名 称							
		(イ) 所在地	TEL ( )						
	⑤分べん年月日	年	月	日	⑥死産のときはその旨				
	⑦分べんした所の 名称・所在地	(ア) 名 称							
		(イ) 所在地	TEL ( )						
	⑧家族の分べんで あるときはその者の	(ア) 氏 名				(イ) 生年月日	年	月	日生
	⑨出生児が被扶養者である	ある・ない	⑩被扶養者でない場合はその理由						
	⑪資格取得(扶養 認定)後6ヶ月 以内の分娩で ある場合は直前 のもの記載	勤務先					保険証の 記号・番号	.	
		国民健康保険名又は 健康保険組合名等	TEL ( )						
⑫ 直接支払制度利用の有無	あり ・ なし								

※直接支払制度をご利用の方は「医師・助産婦又は区市町村長が証明するところ」は省略することができます

村 医 師 ・ 助 産 婦 又 は 区 市 町 長 が 証 明 す る と こ ろ	⑧ 分べんした 年月日	年	月	日	⑨生産または 死産の別	生産・死産〔妊娠〕			
	⑩出生児の数	単胎・多胎( 児)			備 考				
	⑪上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 〒 _____ 印 医師・助産婦名 _____ 電話 ( ) 番								
	⑫本 籍				⑬筆頭者氏名				
	⑭出生届出日	年	月	日	⑮出生児氏名	⑯出生年月日	年	月	日
	⑰上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 区市町村長名 _____ 印 電話 ( ) 番								

提  
社  
出  
保  
代  
行  
者  
士  
印  
の

受 取 代 理 人 の 欄	⑱本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日 被保険者 住所 (請求者) 氏名 _____ ㊟						
	⑲代理人の 氏名と印	フリガナ					⑳委任者と代理人との関係
	㉑代理人 の住所	〒 _____					

受付日付印

支払希望の銀行又は信用金庫 <b>普通預金指定</b>							
銀行 金庫	銀行コード			支店	支店コード		
普通預金		口座番号 (右詰で7桁記入してください)					
口座名義人		フリガナ					

㊟

税務会計監査事務所健康保険組合