

健康保険 被保険者 出産育児一時金 支給申請書 (受取代理用) 支給申請書



※印刷は、A4片面でお願いします。

<被保険者記入用>

1 枚目

1. この欄の記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。
 2. この欄の太線枠内の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。(修正液・修正テープ等での訂正は認められません。)
 3. この欄の記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」を確認してください。

① 提出日		令和 年 月 日		健康保険組合より問合せ可能な連絡先を記入ください。		
② 被保険者等		記号(3桁)	番号(6桁)	<input type="checkbox"/> 勤務先携帯 <input type="checkbox"/> 個人携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先電話 <input type="checkbox"/> 自宅電話		
③ マイナンバー		個人番号(12桁)		④ 事業所名(会社名)		
⑤ 被保険者名		(フリガナ)		⑥ 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
⑦ 現住所		(〒 -) 電話() -				
⑧ 出産予定者	⑧-1 被保険者の場合	退職後6か月以内の出産予定ですか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	上記「はい」の場合	退職年月日	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険	
		出産時の健康保険加入状況	加入している健康保険		上記名称	
	※1 「はい」の場合、現在加入の被保険者証のコピーを添付してください。 ※2 現在加入の健康保険で「出産育児一時金」を請求する場合、当組合での支給はできません。(同一の出産で重複請求をすることはできません)					
⑧-2 家族の場合	⑧-2 出産予定者名			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
	当組合加入後、6か月以内の出産予定ですか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	上記「はい」の場合	当組合加入前に加入している健康保険について	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 国民健康保険		健康保険証記号・番号	-
		左記名称				
※ 上記で加入していた健康保険へ請求する場合、当組合での支給はできません。(同一の出産で重複請求をすることはできません)						
⑨ 出産予定日	令和 年 月 日		⑩ 単胎・多胎の別	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (1)		
⑪ 出産予定医療機関等	名称					
	所在地	(〒 -) 電話番号()				
⑫ 被保険者が在籍の場合	委任欄	本申請に基づく支給のうち医療機関等からの請求額に差額が生じた場合は、その差額の受領は事業主に委任します。		被保険者氏名		
⑬ 被保険者が任意継続被保険者または退職(予定)の場合	差 額 発 生 時 の 振 込 先					
	銀行・農協 信金・信組		支店 出張所		預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
	口座番号			口座名義	(フリガナ)	

- この申請書を受付けた時は、当健康保険組合より「受取代理申請受付通知書」を送付します。
- 分娩し、分娩費用が確定した場合は、分娩請求書および出産証明書類の写しを速やかに、当健康保険組合へ提出ください。

1. この欄の記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。
 2. この欄の太線・枠内の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。
 （修正液・修正テープ等での訂正は認められません。）

① 出 産 予 定 者 氏 名		② 出 産 予 定 日		令和	年	月	日
申請者の出産育児一時金の受領に関し委任を受けました。 令和 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 医師・助産師氏名 電話番号							
振 込 先	金 融 機 関	金融機関コード	銀行・金庫・信組・その他				
		店 番 コ ー ド	本店・支店・出張所				
		預 金 種 別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号		
		口 座 名 義 (カ ナ)					