**健康保険　　　　　　 出産育児一時金（付加金）支給申請書**

**被保険者**

**家　　族**

・添付書類　①産科医療補償制度に加入の医療機関で出産したときは、補償制度に加入している「スタンプ印」が押印された「領収書」の写し②退院時に医療機関等から発行された「出産日・費用の内訳等を明らかにした明細書の写」

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者記入欄 | 被保険者証の記号番号 | 該当するものに○印 |
| － | 1.事業所勤務名　称所在地 | 2.特例退職被保険者 | 3.任意継続被保険者 |
| 被保険者の氏名（請求者） | ﾌﾘｶﾞﾅ | 生年月日 | 昭 和年　　　月　　　日平 成 |
|  |
| 被保険者の住所（請求者） | ﾌﾘｶﾞﾅ |
| 〒℡(　　　　　)　　　　　－　　　　　 |
| 被扶養者が出産するための請求であるときは、その者の | 氏　　　　名 | 生年月日 | 昭 和　　　年　　　月　　　日平 成 |
|  |
| 出産した年月日 | 　　　　　　年 　　　月 　　　日 | 出生人数 | 人 | 生産･死産の別 | 生産・死産(妊娠 週) |
| 入院して出産した時はその病院・産院の | 名称 |
| 所在地 |
| 当組合の資格喪失後、家族の被扶養者となった時は、その被保険者証の被扶養者が当組合又は他保険者の被保険者であった場合には、その当時の被保険者証の | 保険者名 | 被保険者証記号番号 |
|  | － |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医師･助産師又は市区町村長が証明欄 | 出産した年月日 |  　　　　　年 　　　月 　　　日 | 生産･死産の別 | 生産 ・ 死産 ( 妊娠 ヵ月 ・　 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　　日医療機関の所在地　〒名　称医師・助産師名 ℡(　　　　)　　　　　－　　　　　 |
| 本　　籍 |  | 筆頭者氏名 |  |
| 出生届出日 | 　　　　年　　月　　日 | 出生児氏名 |  | 出生年月日 | 　　　　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 ℡(　　　　)　　　　　－　　　　　 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込希望銀行 | 金融機関番号 | 銀行 | 預金種目 | 口座番号（右づめで記入） |
|  |  |  |  | 普通・当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 店舗番号 |  | 支　店出張所 | フリガナ |  |
|  |  |  | 口座名義人 |  |

令和　 年　 月　 日提出

受付日付印

|  |  |
| --- | --- |
| 受取代理人の欄 | 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　　　令和　　年　　月　　日被保険者　住　所(申請者)　　　　氏　名  |
| 代理人の住　所氏　名  |
| 委任者と代理人との関係 |  |