

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金（付加金）支給申請書

・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し」

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者の記号番号		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)		フリガナ	生年月日	昭和 平成	年 月 日
	被保険者の住所 (請求者)		フリガナ	〒		
	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 平成
	出生した年月日		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	出生した年月日	年 月 日	生産・死産の別	生産・死産（妊娠 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 〒			Tel() —		
	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	

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）			
	店舗番号		普通・当座				
			支店 出張所	フリガナ			

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		令和 年 月 日提出
	被保険者 住所 (申請者) 氏 名		受付日付印
	代理人の住所 氏 名		

委任者と代理人との関係	
-------------	--