

(被保険者・家族) 出産育児一時金支給決定伺

| | | | | | | | | |
|---------|-----------|-------|---|---|---|------|-----|-----|
| 資格 | 取得 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | 喪失 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | |
| 法定給付支給額 | 出産育児一時金 | | | | | 円 | | |
| | 家族出産育児一時金 | | | | | | | |

健康保険(被保険者・家族) 出産育児一時金請求書

事業所名

(被保険者が記入するところ)

| | | | | |
|--|--------------|-------------|----------------------|---------------------|
| ① 被保険者証の記号・番号 | 一 | ② 被保険者の氏名・印 | フリガナ | 印 |
| ③ 被保険者の現住所 | 〒 | | | |
| ④ 分娩年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| ⑤ | 死産のときはその旨 | | | |
| ⑥ 分娩した場所 | 医療機関等の名称 | | | |
| | 医療機関等の所在地 | | | |
| ⑦ 家族(配偶者)が分娩した場合の家族の氏名・生年月日 | | | 昭和 平成 | 年 月 日生 |
| ⑧ 出生児の氏名 | フリガナ | 被保険者と出生児の続柄 | 出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか | 被扶養者で ・ある ・ない |
| ⑨ 他制度(健保)から給付を受けているかどうか | 受けている・受けていない | | | |
| 当健保組合の資格を喪失後家族(配偶者)の被扶養者となったときはその組合の名称等 | 健保組合名 | 記号・番号 | | |
| | | 電話番号 | | |
| 家族(配偶者)が分娩前6カ月以内に、被保険者として他の健保組合に加入していた場合は、その健保組合の名称等 | 健保組合名 | 記号・番号 | | |
| | | 電話番号 | | |
| | 加入期間 | 年 月 ~ | 年 月 | |
| 出産育児一時金振込希望支店名 | 本・支店 | 普通預金口座番号 | | |

(医師・助産婦または市町村長が記入するところ)

| | | | | | | |
|-----------------------------|------------|---|---|---|---------|-------------|
| 分娩年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 生産・死産の別 | 生産・死産(妊娠 月) |
| 出生児の数 | 単胎・多胎(児) | | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 | | | | | | |
| 医師 住所 | | | | | | 印 |
| 助産婦の | | | | | | |
| 市町村長 氏名 | | | | | | |

◎ 記入上の注意

1. 出生児が複数であるときは、それぞれの氏名を⑧に、また女子被保険者の請求であるとき⑦には「該当せず」と記入してください。
2. 記入事項を訂正したときは、訂正印を押してください。