健康保険　**出産育児一時金・付加金支給申請書**

直接支払制度利用なし

被保険者(申請者)が記入するところ

①被保険者証の記号・番号	記号		②被保険者氏名(申請者)	＊この申請書を当組合に申請するため他の保険者へ申請いたしません
	番号			
③被保険者(申請者)住所・電話番号	〒　　—		TEL　　(　　)	
④被保険者生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日		⑤所属会社名	
⑥出産した方	☐ 被保険者(本人)　☐ 被扶養者(家族) ➡被扶養者の氏名・生年月日を下記へ記入して下さい			
	被扶養者氏名		被扶養者生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
⑦生産または死産の別	☐生産　☐死産　☐混在	生産児数　　人	死産児数　　人	死産の場合妊娠経過期間　妊娠　　週
⑧出産年月日	令和　　年　　月　　日		⑨出生児氏名	
⑩備考				

給付金受取先

⑪委任状

被保険者(申請者)	この申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 ☐ 在籍している事業所の事業主 ➡代理人欄、振込口座欄の記入は不要です ☐ その他の受領代理人 ➡下記の代理人欄、振込口座欄を記入して下さい 氏名：　　住所：「被保険者(申請者)住所」欄と同じ			
代理人	氏名		電話番号	
	住所	〒　　—		

⑫振込口座

	銀行・信組 金庫・農協	本店 支店	預金種別	☐ 普通 ☐ 当座
口座番号		口座名義	※カタカナで記入してください	

— 受付印 —

⑬証明欄(※いずれか一方で証明を受けて下さい)

医師・助産師証明欄

出産年月日	令和　　年　　月　　日	出生児数	☐ 単胎　☐ 多胎（　　児）
生産・死産の別	☐ 生産　☐ 死産（妊娠　　週）		

上記のとおり相違ないことを証明します。　証明日：令和　　年　　月　　日

医療機関等所在地

医療機関等名称

医師・助産師氏名

市区町村長証明欄

本籍				筆頭者氏名	
母の氏名		出生児氏名		出生年月日	令和　　年　　月　　日

上記のとおり相違ないことを証明します。　証明日：令和　　年　　月　　日

市区町村長名　　㊞

健保使用欄										
受理決定日	年　月　日	支給額	円			常務理事	事務長	事務次長	事務次長	担当
支払日	年　月　日									
資格取得日	年　月　日	内訳	一時金	円						
資格喪失日	年　月　日		付加金	円						