

## 健康保険

被保険者  
家族

## 出産育児一時金支給申請書

被保険者情報	被保険者証	記号 〇〇〇 番号 〇〇〇〇〇〇	生年月日	昭・平 令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	氏名 (自署)	フリガナ ミツビシ アイコ 三菱 愛子	事業所名称	〇〇〇〇株式会社〇〇工場
	住所 電話番号	(〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 ) 〇〇県〇〇市〇〇町1-1	電話番号	〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇
申請内容	出産した年月日	令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	出生児の氏名	三菱 一郎
	出生児の数	1 人	死産の場合	死産児数 人 妊娠経過期間 満 週
	出産した医療機関等	名称 〇〇病院 所在地 〇〇県〇〇市△△町1		
	家族が出産した場合はその方の	氏名 生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	出産した方	●被保険者 ⇒ 退職後6ヶ月以内の出産ですか ●家 族 ⇒ 当組合に加入後6ヶ月以内の出産ですか		<input type="checkbox"/> はい ・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください	保険者名	記号・番号	
	●被保険者 ⇒ 現在加入している保険者について ●家 族 ⇒ 当組合加入前に加入していた保険者について			
	この出産で、上記の保険者より出産育児一時金を		<input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定 ・ <input type="checkbox"/> 受けない	
医師・助産師又は市区町村長の証明欄	出産年月日	令 年 月 日	出生児の数	単胎・多胎 ( 児 )
			生産または死産の別	生産・死産 (妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明	令和 年 月 日	医師・助産師又は市区町村長の証明を受けてください	
	本籍		出生児氏名	令 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明	令和 年 月 日	市区町村名	印
振込先	金融機関名	〇〇 銀行・金庫 農協・信組	預金種別	普通 ・ 当座
		〇〇 本店・支店 出張所	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
	口座名義 (カタカナ)	ミツビシ アイコ	口座名義区分	被保険者 (申請者) ・ 代理人
委任状	被保険者 (申請者)	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		
	代理人 (口座名義人)	住所	氏名 (自署) 被保険者との関係 ( )	

備考

受付年月日

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)