

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・印	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	平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	死産の場合	死産児数 人	妊娠経過期間 満 週	
	出生児の氏名	三菱 一郎				
	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			□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		
●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			記号・番号			
この出産で、上記の保険者より出産育児一時金を			□受けた/受ける予定 ・ □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	平・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します。			令和 年 月 日		
	本籍					平・令 年 月 日
	出生児氏名					平・令 年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明します。			市区町村名	令和 年 月 日		
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		
	口座名義 (カタカナ)	〇〇 本店 支店・出張所	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		
	口座名義 (カタカナ)	三菱 アイコ	口座名義区分	被保険者(申請者) ・ 代理人		
委任状	口座名義人が代理人の場合にご記入ください。代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	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		
			氏名	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。)