

被保険者 出産育児一時金請求書
被扶養者

事業所	健保		
担当	担当	事務長	常務理事

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	提出日	令和 00 年 00 月 00 日	<input checked="" type="checkbox"/>	本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)		
	保険証の記号・番号 (右づめ)	被保険者の所属・氏名		(フリガナ) ヤスカワ タロウ		
	6 7 6 8 × × × × × × × ×	八総 安川 太郎				
	被保険者の生年月日	被保険者の住所 (育児月刊誌の送付先住所)				
	昭和 平成 令和	00 年 00 月 00 日	〒 806-1234 北九州市八幡西区△△町××番××号	電話 093 (000) ××××		
	被扶養者が出産したための請求である場合はその者の	(フリガナ) 氏名	ヤスカワ ハナコ 安川 花子	生年月日	昭和 平成 令和	00 年 00 月 00 日
	出産年月日	令和 00 年 00 月 00 日	出生児の氏名	安川 翔	続柄	長男
	被保険者 (本人) が出産した場合	◇ 該当する資格要件はどちらですか ① 保険者資格での出産 ② 資格喪失後6ヶ月以内の出産 ※ ②の場合、資格喪失後加入している医療保険の制度名等を下欄↓に記入してください。	被扶養者 (家族) が出産した場合	◇ 家族があなたの被扶養者になった時期はどちらですか ③ 出産の日より6ヶ月以上前 ④ 上記以外 ※ ④の場合、あなたが被扶養者となる前に加入していた医療保険の制度名等を下欄↓に記入してください。		
	制度名・保険者名及び連絡先	被保険者の氏名	被保険者証の記号・番号	前勤務先名及び連絡先		
	電話 () -	該当するときのみ記載			電話 () -	
上記②の資格喪失後6ヶ月以内の出産で請求される方の一時金の振込希望口座 (請求者の口座)	(銀行コード)	支店	普通 当座	口座番号 (右づめ)		
受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人 (事業所の事業主) に委任します。					
受取方法	代理人					
<input checked="" type="checkbox"/> 給与振込	(事業所名)	(株) 安川電機 または (Y E)				
出産年月日	令和 00 年 00 月 00 日	生産又は死産の別	生産・死産 (妊娠 週)			
出産時の数	単胎・多胎 (児)	備考				
上記のとおり相違ありません。						
医師 助産師	所在地	北九州市〇〇〇区△△1丁目××号		令和 00 年 00 月 00 日		
助産師	医療施設名	〇〇産科クリニック				
	氏名	〇〇 一郎		電話 (093) △△△-××××		
本籍	筆頭者氏名					
出生届出日	令和 年 月 日	出生児氏名	出生年月日	令和 年 月 日		
上記のとおり相違ありません。						
市区町村長名	医療機関の証明がない場合の証明欄 ※市区町村の証明は無料			年 月 日		
電話 () -						
健保記入欄	資格喪失日	令和 年 月 日	支給 決定額	被保険者 被扶養者	円	
					支払印	

- ※ 太線内を記入してください。
- ※ 医師・助産師に証明を依頼した場合は「文書代」を求められますが、市区町村の証明は「無料」です。
- ※ 直接支払制度同意書 (写し)、領収書 (写し) を必ず添付してください。
- ※ 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、上部余白へ記載してください。
(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。)