

被保険者 出産育児一時金支給申請書

家族 出産育児一時金等内払金支払依頼書 (差額請求用)

年 月 日提出

被 保 険 者 に つ い て	被保険者証 記号 番号		被保険者 氏名	年 月 日生		事業所 名称
	被保険者の 住所		〒 - 電話 ()			
	受取 方法	在籍中 の方	私は事業主を代理人と定め、本申請書の給付金受領に関する権限を委任します。また、代理受領された給付金より事業主が租税公課等を控除することに同意します。			
	退職後の方 (任意継続者 は記入不要)	銀行名	支店名	口座名義(カナ)	種別 普通 当座	口座番号

出 産 さ れ た 方 に つ い て	出産された方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	家族の場合は その方の氏名・ 生年月日	年 月 日生
	出産年月日	年 月 日	生産または 死産の別	<input type="checkbox"/> 生産(児) <input type="checkbox"/> 死産 (児) (満 週)
	出生児の氏名 (続柄)	(続柄)		直接支払制度 利用の有無
	出生した 医療機関等	名称	所在地 〒 -	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない
	・被保険者⇒退職後6か月以内の出産ですか <input type="checkbox"/> はい⇒同一の出産について他の組合から給付金を <input type="checkbox"/> 受給済/受給予定 ・被扶養者⇒扶養認定後6ヶ月以内の出産ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 受給しない			
	「はいの場合」 以前加入の	記号 番号	-	保険者 名称

※直接支払制度の利用有無にかかわらず、「合意文書(写)」と「出産費用の領収・明細書(写)」を添付して申請してください。
 ※直接支払を利用した場合は、以下の証明欄への記入は不要です。

医 師 ま た は 助 産 師 証 明 欄	出産者氏名	出産年月日		年 月 日
	出生児数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(児)	生産または 死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産(妊娠 週)
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名 電 話 番 号 ()			
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	年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名			

<健保組合記入欄>

直接払利用	医療機関からの請求	支給金額
有 ・ 無	年 月 日支給済	円

受付日

常務理事	事務長	担当者

日産化学健康保険組合