

# 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金・支給申請書

被保険者が記入するところ	①被保険者記号・番号				②被保険者の(申請者)氏名及び印 (フリガナ) _____ ⑤ _____				③生年月日 昭和 平成 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生					
	④被保険者の現住所		〒 _____ 自宅 ☑ 携帯 ☑						昭 平 和		年 _____ 月 _____ 日生			
	勤務している 又は勤務していた 事業所の 家族が出産するための 申請であるときは その者の		⑤名称		⑥所在地									
			⑦氏名		⑧生年月日				昭和 平成 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生					
	⑨出産した年月日		平成 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		⑩生産児数		⑪死産児数		⑫死産のときはその旨		⑬妊娠経過期間 _____ ヵ月 _____ 週			
	出産した医療施設等の		⑭名称		⑮所在地									
	⑯出生児の氏名		(フリガナ) _____				⑰被保険者と出生児との続柄		⑱出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか		ある ない			
	⑲出生児が被保険者の被扶養者でないときは、その理由				⑳他の制度から給付を受けているかどうか				受けている 受けていない					
	⑳被保険者が出産した場合		該当する支給要件はどちらですか ア:被保険者期間中の出産 イ:資格喪失後6ヵ月以内の出産 イの場合 資格喪失後加入している医療保険制度を下欄に記入してください。				㉑家族(被扶養者)が出産した場合		家族があなたの被扶養者になった期間 ア:出産の日より6ヵ月以上前 イ:その他 イの場合 あなたの被扶養者になる前に加入していた医療保険制度を下欄に記入してください。				備考	
	㉒制度名及び保険者		㉓連絡先(※㉒の)		㉔被保険者氏名				㉕被保険者証の記号番号					

医師・助産師又は区市町村長が証明するところ	(ア)出産した年月日		平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		(イ)生産又は死産の別		生産・死産(妊娠 _____ ヵ月 / 妊娠 _____ 週)					
	(ウ)出生児の数		単胎・多胎( _____ 児)				備考					
	(エ)上記のとおり相違ないことを証明す											
	医療機関の名称・所在地				〒 _____		令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
	医師・助産師名				⑤ _____		電話 _____					
	(オ)本籍						(カ)筆頭者氏名					
(キ)出生届出日		平成 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		(ク)出生児氏名				(ケ)出生年月日		平成 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
(コ)上記のとおり相違ないことを証明する。												
区市町村長名				_____		令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		⑤ _____ 電話 _____				

受取代理人の欄	(サ)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										
	被保険者		住所 _____								
	(申請者)		氏名 _____		⑤ _____						
	代理人		住所 _____								
(実際に給付金を受領する者)		氏名 _____		⑤ _____							
委任者と代理人との関係 _____											

振込金融機関の欄	(シ) _____ 銀行 _____ (フリガナ) _____											
	銀行名 _____		信用金庫 _____		_____ 支店							
	口座番号 _____											
	口座名義 (カタカナ) _____											
										預金種別		
										1. 普通		
										2. 当座		

社会保険労務士提出代行者の印		_____		⑤ _____	
----------------	--	-------	--	---------	--

◎記入の方法は裏面に書いてありますので、よくお読みください。

(受付日付印) **サザビーリーグ健康保険組合**