

健康保険 被保険者 家 族 出産育児一時金・支給申請書

①被保険者記号・番号				②被保険者の(申請者)氏名及び印				③生年月日			
1	2	3	4	(フリガナ) ケンポ ハナコ				昭 和 平 成 令 和	56年	11月	17日生
④被保険者の現住所		〒 151 - 〇〇〇〇		自宅 ☑ 03 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		携帯 ☑ - -		渋谷区千駄ヶ谷△-△-△			
勤務している又は勤務していた事業所の		⑤名称		株式会社〇〇〇〇		⑥所在地		渋谷区千駄ヶ谷〇-〇-〇			
家族が出産したための申請であるときはその者の		⑦氏名		該当せず		⑧生年月日		昭和 平成 令和 該当せず 年 月 日生			
⑨出産した年月日		平成 令和 元年 4月 19日		⑩生産児数 ⑪死産児数		⑫死産のときはその旨		該当せず		⑬妊娠経過期間 力月 週	
出産した医療施設等の		⑭名称		〇〇産婦人科		⑮所在地		渋谷区千駄ヶ谷×-×-×			
⑯出生児の氏名		(フリガナ) ケンポ 太郎		⑰被保険者と出生児との続柄		長男		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		該当せず		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か月以内の出産 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か月以上前 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 元年 4月 19日	(イ)生産又は死産の別	生産・死産(妊娠 力月 / 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		〒 151 - 〇〇〇〇 渋谷区千駄ヶ谷×-×-×	令和 元年 5月 20日	〇〇産婦人科
医師・助産師名		〇〇 △夫	☑ 電話	03 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
(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	☑ 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 (申請者)	住所	_____	
	代理人 (実際に給付金を受領する者)	住所	_____	
	委任者と代理人との関係	_____		

振込金融機関の欄	(シ) 銀行名	銀行 (フリガナ) ××	信用金庫 ××	信用組合 ××	支店	預金種別
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7				1. 普通
	口座名義 (カタカナ)	ケンポ ハナコ				2. 当座

社会保険労務士提出代行者の印	☑
----------------	---

◎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。

サザビーリーグ健康保険組合