## 健康保険 被保険者 家族

## 出産育児一時金支給申請書

似体陕台 (山庄区凉城民寺) 7 胜休		
受付年月日	支払年月日	

では、	( )	と九州 】 日の旨記入
(中部で) (中ので) (中	(中請者) 住所・TEL T <sub>IE</sub>	と九州 】 日の旨記入
放映機器	(フリカ・ナ) (フリカ・ナ) (ストリカー) (スト	で死産
出席した   中月日   日本   日本   日本   日本   日本   日本   日本	出産した   令和   世 生産または外産の別   ② 児数   ② 児数   ② 妊娠経過期間   出産後2~3時間での死産の場合はその場合はその	て死産
# 1	(フリカ・ナ)     年 月 日 1. 出産 2. 光産 スペース スペース スペース スペース スペース スペース スペース スペー	
出生児の	7	)
大学   大学   大学   大学   大学   大学   大学   大		)
と   健保の破技	入   氏名	)
2	3   出土が、	
1. 当健康保険組合資格喪失後(退職後) 6ヶ月以内の出産の場合	E S TECHNOLIC STATE OF THE STAT	A E MODELLO
### 現在加入している健康保険組合名等を記入   **	医内侧口 专	
3 2. 被扶養者認定後6ヶ月以内の出産の場合 の 認定前に加入していた健康保険組合名等を記入 >>	該	
の 認定前に加入していた健康保険組合名等を記入 ➤ 改姓した場合、当時の氏名  部1年以上健康保険の被保険者であった方が、その資格喪失後 6ヶ月以内に出産された場合は、喪失した最後の保険者から出産育児一時金を受け取ることが できます。請求先健保の選択は出産予定者の判断によりますが、それぞれの健保からの重複支給はできません。  上記参をご理解のうえ《□に ✓ をしてください》 □ 同一の出産について他保険者から『出産育児一時金』を受けません。  ※死産の場合は医師・助産師の証明が必要です。証明を受けられない場合は(死産証明(死胎検案書)など)を提出してください。  歴 出産年月日 令和 年 月 日 生産・死産の別 生産・死産・混在(妊娠 満 週 日) ・ 出生児の数 単 胎 ・ 多 胎 ( 児) ※備 考  上記のとおり相違ないことを証明する。 ※出産後2~3時間での死産の場合はその旨記入 医療施設の名称・所在地	当 現住加入している健康体験組合石寺で記入をと	
②1年以上健康保験の被保険者であった方が、その資格喪失後6ヶ月以内に出産された場合は、喪失した最後の保険者から出産育児一時金を受け取ることができます。請求先健保の選択は出産予定者の判断によりますが、それぞれの健保からの重複支給はできません。  上記②をご理解のうえ《□に∨をしてください》 □ 同一の出産について他保険者から『出産育児一時金』を受けません。  ※死産の場合は医師・助産師の証明が必要です。証明を受けられない場合は(死産証明(死胎検案書)など)を提出してください。  医師 出産年月日 令和 年 月 日 生産・死産の別 生産・死産・混在(妊娠 満 週 日) 出生児の数 単 胎 ・ 多 胎 ( 児) ※備 考 出生児の数 単 胎 ・ 多 胎 ( 児) ※備 考 上記のとおり相違ないことを証明する。  「医療施設の名称・所在地 医療施設の名称・所在地 国明 令和 年 月 日 医師・助産師名  「国・本申請書に基づく給付金は、社内便にて受け取り、受領書を返送します。(※1万円未満) □ 本申請書に基づく給付金は、被保険者名義の下記金融機関口座に振込み願います。(※1万円未満) □ 本申請書に基づく給付金は、被保険者名義の下記金融機関口座に振込み願います。(※1万円以上) 番店・支店 出張所 普通 ・ 当座 番号 日 被保険者氏名・印 印 ・ 管理 ・ 当座 日 ・ 日 ・ 日 ・ 日 ・ 日 ・ 日 ・ 日 ・ 日 ・ 日 ・ 日		
上記後をご理解のうえ《□に∨をしてください》 □ 同一の出産について他保険者から『出産育児一時金』を受けません。   ※死産の場合は医師・助産師の証明が必要です。証明を受けられない場合は(死産証明(死胎検案書)など)を提出してください。   医	■ 1年以上健康保険の被保険者であった方が、その資格喪失後 6ヶ月以内に出産された場合は、喪失した最後の保険者から出産育児一時金を受け取る 記	ことが
<ul> <li>※死産の場合は医師・助産師の証明が必要です。証明を受けられない場合は(死産証明(死胎検案書)など)を提出してください。</li> <li>医 出産年月日 令和 年 月 日 生産・死産の別 生産・死産・混在(妊娠 満 週 日)</li> <li>・ 出生児の数 単 胎 ・ 多 胎 ( 児) ※備 考</li> <li>上記のとおり相違ないことを証明する。</li> <li>※出産後2~3時間での死産の場合はその旨記入 医療施設の名称・所在地 医療・助産師名</li> <li>(銀) 本申請書に基づく給付金は、社内便にて受け取り、受領書を返送します。 (※1万円未満) 中本申請書に基づく給付金は、被保険者名義の下記金融機関口座に振込み願います。 (※1万円未満) 日本申請書に基づく給付金は、被保険者名義の下記金融機関口座に振込み願います。 (※1万円以上) 場行・信用金庫 本店・支店 普通・当座 日座 番号</li> <li>年 月 日 被保険者氏名・印 印</li> </ul>		
医師・出産年月日 令和 年 月 日 生産・死産の別 生産・死産・混在 (妊娠 満 週 日)         出生児の数 単 胎 ・ 多 胎 ( 児) ※備 考         上記のとおり相違ないことを証明する。       ※出産後2~3時間での死産の場合はその旨記入 医療施設の名称・所在地 医師・助産師名         受額 方法       本申請書に基づく給付金は、社内便にて受け取り、受領書を返送します。 (※1万円未満) 日本申請書に基づく給付金は、被保険者名義の下記金融機関口座に振込み願います。 (※1万円以上)         受額 方法       銀行・信用金庫 農 協 出張 所 普通・当座 日座 番号         年月日       被保険者氏名・印		
田生児の数 単 胎 ・ 多 胎 ( 児) ※備 考  上記のとおり相違ないことを証明する。 ※出産後2~3時間での死産の場合はその旨記入 医療施設の名称・所在地 令和 年 月 日 医師・助産師名  □ 本申請書に基づく給付金は、社内便にて受け取り、受領書を返送します。(※1万円未満) □ 本申請書に基づく給付金は、被保険者名義の下記金融機関口座に振込み願います。(※1万円以上) 銀行・信用金庫 本店・支店 古 張 一 日座 番号  年 月 日 被保険者氏名・印 印	医 出産年月日 令和 年 月 日 生産・死産の別 生産・死産・混在(妊娠 満 调	日)
正記の2おり相違ないことを証明 9 る。 **出産後2~3時間での分産の場合はその自起大 医療施設の名称・所在地 の		
田田明	】 】	
明 令和 年 月 日 医師・助産師名  □ 本申請書に基づく給付金は、社内便にて受け取り、受領書を返送します。 (※1万円未満) □ 本申請書に基づく給付金は、被保険者名義の下記金融機関口座に振込み願います。 (※1万円以上) 銀行・信用金庫 本店・支店 普通・当座 □座 番号  年 月 日 被保険者氏名・印 印		
□ 本申請書に基づく給付金は、社内便にて受け取り、受領書を返送します。 (※1万円未満) □ 本申請書に基づく給付金は、被保険者名義の下記金融機関口座に振込み願います。 (※1万円以上) 銀行・信用金庫 本店・支店 普通・当座 口座 番号  年 月 日 被保険者氏名・印  □ な保険者氏名・印 □ なんさい。 (※1万円未満) □ 本申請書に基づく給付金は、被保険者名義の下記金融機関口座に振込み願います。 (※1万円以上) □ 本申請書に基づく給付金は、被保険者氏名・印	♥ 明 中 一 中 一 中 一 日	ⅎ
受領方法       銀行・信用金庫 農協       本店・支店 出張 所 普通・当座 日座 番号         年月日       被保険者氏名・印         ※ 支給支出決定年月日 (内払・差額)支給決定金額 テ給方法       支給方法 常務理事 事務長 担当者 中の 日本 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日		
法     年月日     被保険者氏名·印       ※     支給支出決定年月日     (内払・差額)支給決定金額     支給方法     常務理事     事務長     担当者       (日本)     (日本)     (日本)     日本)     日本)<		
法     年月日     被保険者氏名·印       ※     支給支出決定年月日     (内払・差額)支給決定金額     支給方法     常務理事     事務長     担当者       (日本)     (日本)     (日本)     日本)     日本)<	受 □ 本申請書に基づく給付金は、被保険者名義の下記金融機関口座に振込み願います。 (※15円以上)	
年月日     被保険者氏名·印       ※     支給支出決定年月日     (内払・差額)支給決定金額     支給方法     常務理事     事務長     担当者       (日本)     (日本) </td <td>銀行・信用金庫 本店・支店 普通・当座 口座 農協 出張所 番号 番号</td> <td></td>	銀行・信用金庫 本店・支店 普通・当座 口座 農協 出張所 番号 番号	
	( 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	当者
	┃ 保 ┃ 決 ┃ ¯¯¯¯¯¯¯¯	
合   出産年月日   出産育児一時金   医療機関等代理受取額   備 考		

## 【必須添付書類】

- ◎ 合意書(写)・・・直接支払制度の利用の有無の確認のため(直接支払制度を利用される方)
- ◎ **産院・病院発行の領収書(写)、明細書(写)・・・**『産科医療補償制度』加入医療機関のスタンプがないものについては48万8千円を支給