

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金・付加金 支払依頼書 (直接支払用)

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号				
	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
住所	(〒 - )	電話番号 (日中の連絡先)	( )		

申請内容	1 出産した者	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1-① 家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	2 出産した年月日	令和 年 月 日						
	3 生産または 死産の別	1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在	3-① 「生産」の場 合出生人数	人	3-② 「死産」の場 合死産児数	人	3-②-(1) 「死産」の場 合妊娠経過期間	満 週
	4 出産した医療機関等	名称	所在地					
	5 出産した方が被保険者で 当組合資格喪失後6か月以内の出産である場合、 現在加入している保険者について	保険者名	記号・番号		5-② 左記の保険者 より出産育児 一時金を	1. 受けた 2. 受ける予定 3. 受けない		
	6 出産した方が被扶養者で 当組合加入後6か月以内の出産である場合、 以前加入していた保険者について	保険者名	記号・番号		6-② 左記の保険者 より出産育児 一時金を	1. 受けた 2. 受ける予定 3. 受けない		

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。				
	金融機関 名称	銀行 金庫	本店 支店 出張所	預金種別	普通・当座・その他
	口座番号	口座名義 (カタカナ)			

証明欄 (いずれかに「記入ください」)	医師・助産師による 証明の場合	出産者氏名 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 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	出産年月日 令和 年 月 日 出生児の数 1. 単胎 2. 多胎(児)	生産または 1. 生産 死産の別 2. 死産(妊娠 週)
	市区町村長による 証明の場合(生産のみ)	本籍 母の氏名 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名	筆頭者 氏名 出生 年月日	印