

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金(差額) 支払依頼書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号 番号	事業所の名称	<small>・被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記へ記載してください。 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。</small>			
	氏名 (フリガナ)	生年月日		年	月	日
	住所 (〒 - )	都 道 府 県	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					

申請内容	1 出産した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	氏名	生年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	
	2 出産年月日	令和 年 月 日	3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 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	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	●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 ●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5-① 「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。	●被保険者 → 現在加入している保険者について ●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について					保険者名 記号・番号	
5-①-(1) 同一の出産について、5-①の保険者より出産育児一時金を						<input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない	

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 三菱UFJ銀行 (口座をお持ちの方はご協力ください) <input type="checkbox"/> 三菱UFJ銀行以外を指定	金融機関コード		支店コード	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ( )	口座番号		口座名義 (フリガナ)	
				銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所	

被保険者(申請者)以外の口座へ振込希望の場合のみ下記「受取代理人の欄」へご記入ください。

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日	受付日付印
	代理人(口座名義人)	氏名 (フリガナ)	住所 上記住所欄と同じ		
	氏名	住所 (〒 - ) TEL ( )		委任者と代理人との関係	

添付書類	◆ 出産育児一時金等 申請・受取代理契約書(合意書)控の写し ◆ 出産費用内訳明細書(領収書)の写し(産科医療補償制度の対象出産の場合は所定の記載があるもの)
------	--

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--