

# 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	被保険者証の記号と番号		事業所の名称						
	被保険者の氏名と印		フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日生
	被保険者の現住所		〒		電話( )				
	被扶養者が出産したための申請であるときは、その方の		氏名		生年月日	昭和	年	月	日生
	出産した年月日		平成	年	月	日	出生児数	死産児数	妊 娠 経 過 期 間
	出産した医療機関等		名称		所在地		他の制度から給付金を受けますか		
	出生児の氏名				被保険者と出生児の続柄			出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない
	・資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の				保険者名・保険者番号・記号及び番号				
	・被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の								

医師又は助産師が証明するところ (注・②に証明を受けている場合は不要です。)								
①	出 産 年 月 日	平成	年	月	日	生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠	か 月 週)
	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。					平成	年	月
		医療施設の名称・所在地				①		
		医師・助産師名				①		
市区町村長が証明するところ (注・①に証明を受けている場合は不要です。)								
②	本 籍					筆 頭 者 氏 名		
	母 の 氏 名			出 生 児 氏 名			出 生 年 月 日	平成
	上記のとおり相違ないことを証明する。					平成	年	月
		市区町村長名				①		

委 任 状	本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。								平成	年	月	日
	被保険者		住所		氏名				①			
	代理人		住所		氏名				①			
払 渡 希 望 金 融 機 関 名				銀 行 信 用 金 庫				支 店				
口座番号	1.普通預金	No.						口座名義	フリガナ			
	2.当座預金								氏名			

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、備考欄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。)

備考欄	
-----	--

※ 受付日付印

尼崎機械金属健康保険組合理事長殿 平成 年 月 日提出

- 医療機関等が発行する「直接払いをしない旨を明記した領収・明細書の写し」、「医療機関との合意文書の写し」を添付してください。
- 産科医療補償制度に加入する医療機関等において在胎週数22週に達した日以後の分べんである場合、産科医療補償制度加入機関であることを証明するスタンプが押された請求書または領収書のコピーを添付してください。
- ①②に証明が受けられない場合は次のいずれかの書類を添付してください。戸籍謄(抄)本、戸籍記載事項証明書、住民票の写し、登録原票記載事項証明書、母子健康手帳、出生届受理証明書。
- 被保険者の押印については、氏名を本人自ら署名した場合は押印を不要とし、本人の自署以外の場合は本人の押印を必要とします。ただし、委任状欄の被保険者及び代理人の印、医師及び助産師の印、市区町村長の印については押印の省略はできません。