

健康保険 被保険者 出産育児一時金 申請書
 家族 出産育児一時金内払金(差額)

健康保険組合		
常務理事	事務長	扱者

請求日 年 月 日 ※被保険者氏名、委任状欄は入力できません。手書きでお願いします。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号 - 番号 -	被保険者 氏名	(フリガナ)		
	事業所	所 属		(内線・外線)		
	出産した者の 氏名	(フリガナ)	生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄
	出産した 年月日	年 月 日	生産・死産 の別	1.生産 2.死産 3.生産・死産混在		
	「生産」の場合、 出産時児数	人	「死産」の場合、 死産時児数	人	「死産」の場合、 妊娠経過期間	ヶ月 週
	出産した医 療機関につ いて	名称 所在地				
委 任 状 ※任意継続 者、退職者は 記入不要です	工機ホールディングス健康保険組合 理事長 殿 上記により 出産育児一時金 ・ 出産育児一時金内払金(差額) を請求致します。 本請求に基づく給付金の受領を 殿に委任します。 年 月 日 住所 _____ 氏名 _____					

医 師 意 見 欄	分娩年月日	年 月 日	生産・死産の別	生産・死産(妊娠 ヶ月又は 週)	
	出生児の数	単児・多児 (児)	産科医療補償制度加入	している ・ していない	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 医師 住所 助産師 名称 氏名				

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 医療機関と取交した「直接支払制度利用の有無が分かる合意書」の写し
	<input type="checkbox"/> 医療機関が発行した出産費用の「領収・明細書」の写し (※産科医療補償制度のスタンプの有無が分かるようにコピーして下さい。)

【退職者(資格喪失者)記入欄】

振 込 先	銀行 信金 信組 労金 農協	店 支店 出張所	口座番号	預金種別	普通 ・ 当座
	フリガナ				
	口座名義				
	電話番号				

健 保 記 入 欄	負担額	円	支給額	円	内訳	出産育児一時金	円
	資格取得日		備 考			内払金(差額)	円
	資格喪失日					出 納 印	受 付 印