

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 令和4年6月15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 1 - 12345	被保険者 氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎
	事業所	〇〇〇〇株式会社	所属	人事総務部 (内線・外線 711-3741)
	出産した者の 氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子	生年 月日	昭和 62年10月23日 平成 続柄 妻
	出産した 年月日	令和4年5月1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	1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 △△産婦人科病院 所在地 □□県××市〇〇町1-234-5		
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。 令和4年6月15日 住所 □□県□□市□□町2211 氏名 健保 太郎			

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 ()	医師の証明をいただいてください。 上記のとおり相違ないことを証明します。 ※但し、医療機関から交付される領収・明細書に「出産年月」および「出生児数」が記載されている場合、 もしくは死産の場合で「死産年月日」および「妊娠週数」が記載されている場合は不要です。 また、生産の場合、母子手帳の写しでも可。 医師 名称 助産師 氏名	

添 付 書 類	<input checked="" 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 checked="" 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
						内払金(差額)	円
	資格取得日		備考			出納印	受付印
	資格喪失日						