

| | | | | | | |
|--------|---------|---|------|----------------|---------------|-------------|
| ※組合記入欄 | 支給額 | 円 | 資格取得 | 昭・平・令 年 月 日 | 前資格取得・喪失(-) | |
| | 出産育児一時金 | 円 | 資格喪失 | 平・令 年 月 日 | 年 月 日 取得 | 年 月 日 喪失 |
| | 出産育児付加金 | 円 | 扶養認定 | 昭・平・令 年 月 日 | 備考 | |

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金請求書

大阪機械工具商健康保険組合理事長殿

◎ 記入するときには、裏面の注意事項をよく読んで誤りがないように記入して下さい。

| | | | | | | |
|--|----------------------------|--|----------------------|------------------------------------|--|------------------------------------|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | ① 被保険者証の 記号・番号 | | ② 事業所 の名称 | | | |
| | ③ 被保険者の 氏名 | | | ④ 被保険者の 生年月日 | | 昭・平・令 年 月 日 |
| | ⑤ 被保険者の 住所・電話番号 | | 〒 | | 電話 () | |
| | ⑥ 家族が出産 したときは その者の氏名 | | 氏名 | 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 令和 | |
| | ⑦ 出生児の氏名・続柄 | | | ⑨ 該当する支給要件はどちらですか (被保険者が出産する場合) | | ⑩ 家族があなたの被扶養者になった時期 (家族が出産した場合) |
| | フリガナ | | 続柄 | ア 被保険者期間中の出産 イ 資格喪失後6ヶ月以内の出産 | | ア 出産の日より6ヶ月以上前 イ その他 |
| | ⑧ 出生年月日 | | 出産児数 | 死産児数 | 〔 あなたの被扶養者となる前に加入して いた健康保険を下欄に記入して下さい。〕 | |
| | 平成 令和 年 月 日 | | 人 | 人 | 〔 資格喪失後加入している健康 保険を下欄に記入して下さい。〕 | |
| | | | (妊娠第 又は第 週月) | 保 険 者 名 | 被保険者氏名 | 被保険者証の記号・番号 |
| | ⑪ 振込先 金融機関 | | 銀行 金庫 組合 農協 | 店 支店 出張所 | 口座預金種別 普通 貯蓄 当座 別段 | 預金口座名義人の氏名 フリガナ |
| | | | | 預金口座番号 | | |

※右記の「医師又は助産師が証明するところ」又は「市区町村長が証明するところ」は、証明を受けるか一方で証明を受けてください。

| | | | | |
|---|---|----------------|------------|----------------------|
| 医 師 又 は 助 産 師 が 証 明 す る と こ ろ | 出産年月日 | 平成 令和 年 月 日 | 生産 死産の別 | 生産・死産(妊娠 ヵ月) 週 |
| | 出生児の数 | 単児・多児(児) | | 備考 |
| | 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療機関等の所在地 医療機関等の名称 医師又は助産師の氏名 電話番号 () | | | |

| | | | | |
|---|----------------|--|-------|----------------|
| 市 区 町 村 長 が 証 明 す る と こ ろ | 本 籍 | | 筆頭者氏名 | |
| | 出生届の提出年月日 | | 出生児氏名 | 出生年月日 |
| | 平成 令和 年 月 日 | | | 平成 令和 年 月 日 |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長名 令和 年 月 日 | | | | |

| | | | | |
|---------------------------------|--|--|----------|--------------|
| 受 取 代 理 人 の 欄 | ⑫ 本請求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。 令和 年 月 日 被保険者の住所 氏名 | | | |
| | 代理人の氏名 | | 被保険者との関係 | 代理人の住所・電話番号等 |
| | | | 〒 | 電話 () |

記入するときの注意事項

- ・ 記入するときは、鉛筆を使用しないで下さい。
- ・ 記入もれのないよう注意して下さい。
- ・ 支給決定に際し、別途、必要書類の提出を求める場合があります。

※ 同一の出産につき、「被保険者出産育児一時金」と「家族出産育児一時金」等の複数の給付を受けることはできませんのでご注意ください。

《被保険者が記入するところ》

- ・ ①欄 あなたの健康保険被保険者証に記載されている記号番号を記入して下さい。
- ・ ⑤欄 郵便物が確実に届くよう、「□□方」「△△アパート」等まで記入して下さい。
- ・ ⑥欄 被扶養者(家族)が出産した場合のみ記入して下さい。

《被保険者又は受取代理人が記入するところ》

- ・ ⑪欄 銀行等の預金口座については、希望の銀行等の名称、店名、口座預金種別(該当するものを○で囲んで下さい)、預金口座番号、預金口座名義人の氏名を記入して下さい。ただし、被保険者名義のものに限ります。(受領委任をするときは、受取代理人名義のものを記入して下さい。)
- ・ ⑫欄 この給付金の受取りを代理人に委任する場合は「受取代理人の欄」に被保険者及び受取代理人それぞれが氏名、住所等を記入して下さい。

《医師又は助産師が記入するところ》

- ・ 出産の事実について、医師又は助産師の証明を受けて下さい。
- ・ 医師又は助産師の証明書が外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文(翻訳者の氏名、住所等を記載したものを)を添付して下さい。

《市区町村長が記入するところ》

- ・ 出産の事実について、出生届提出先又は本籍地の市区町村長の証明を受けて下さい。

※ 以上の内容でわからないことがありましたら、当健康保険組合へおたずね下さい。