

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金支払依頼書 差額申請書

1/2
被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	
	氏名・印	フリガナ		<input type="checkbox"/> 平成	自署の場合は押印を省略できます。	
	住所	(〒 -)		<input type="checkbox"/> 令和		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 <input type="checkbox"/> 2.当座 4.通知	口座番号	<input type="text"/>
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) <input type="text"/>		口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1.被保険者 <input type="checkbox"/> 2.代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者	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
	氏名・印	住所		住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
	(〒 -)	TEL	()				
	住所	住所					
代理人 (口座名義人)	フリガナ	氏名・印		委任者と代理人との関係			

被保険者のマイナンバー記載欄	<input type="text"/>
----------------	----------------------

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。>>>

常務理事	事務長	担当	担当
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

被保険者氏名

申請内容	1 出産した方	<input type="checkbox"/>	1. 被保険者	2. 家族(被扶養者)	
	1-① 家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
	2 出産した年月日	令和	年	月	
	3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/>	1. 生産	2. 死産	3. 生産・死産混在
	3-① 「生産」の場合出生人数	<input type="checkbox"/> 人	3-② 「死産」の場合死産児数	<input type="checkbox"/> 人	3-③-① 「死産」の場合妊娠経過期間 満 <input type="checkbox"/> 週
	4 出生児の氏名				
	5 出産した医療機関等	名称	所在地		
6 出産した方	●被保険者 → 退職後6か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"/>	1. はい 2. いいえ	
6-① 「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		
6-①-①	同一の出産について、6-①の保険者より出産育児一時金を		<input type="checkbox"/>	1. 受けた/受ける予定 2. 受けない	

証明欄 (いずれかにご記入ください)	医師・助産師による場合	出産者氏名	出生年月日	令和	年	月	日	
		出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 → () 児)	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 → (妊娠) 週)			
	医療施設の所在地 上記のとおり相違ないことを証明する。 医療施設の名称 令和 年 月 日							印
	医師・助産師の氏名							印
市区町村長による場合(生産のみ)	本籍	筆頭者氏名						
	母の氏名	出生児氏名	出生年月日	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							印