

健康保険被保険者被扶養者 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

被保険者情報	被保険者の記号・番号	記号 [][][][][]	番号 [][][][][][][]	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	[][]年 [][]月 [][]日
	氏名・印	フリガナ		電話番号	
	住所	(〒 -)			

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"/> 普通 <input type="checkbox"/> 別段 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 通知	口座番号	[][][][][][][][][][][]	
	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。)			口座名義の区分

代理人の場合は必ず「受取代理人欄」に記入・押印をしてください。



受取代理人欄	被保険者の氏名・印		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
			印 ()	【住所】「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人(口座名義人)の情報		住所	委任者と代理人との関係
			フリガナ	電話番号

申請書は2枚目に続きます。>>>

健保組合使用欄			
常務理事	事務長	担当	担当

健康保険被保険者被扶養者 出産育児一時金 内払金支払依頼書 差額申請書

2/2
被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	1 出産した方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	2 出産した年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
	3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在		
	3-① 「生産」の場合 出生人数	<input type="text"/> 人	3-② 「死産」の場合 死産児数	<input type="text"/> 人
			3-③-(1) 「死産」の場合 妊娠経過期間	満 <input type="text"/> 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	<ul style="list-style-type: none"> ●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"/> はい <input type="checkbox"/> 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。	<ul style="list-style-type: none"> ●被保険者 → 現在加入している保険者について ●家族 → 当組合の前に加入していた保険者について 		【保険者名】	
		【記号】	【番号】	
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"/> 受けた/受ける予定		<input type="checkbox"/> 受けない	

証明欄 (いずれかにご記入ください)	医師・助産師の場合	出産者氏名	出生年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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
		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 医師・助産師の氏名 ①		
市区町村長による (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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	上記のとおり相違ないことを証明する。 市区町村長名 ① 令和 年 月 日			