## 健康保険 出産育児一時金支給申請書 記入例

医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用しなかった場合は、申請を行ってください。

## ■必要書類

- ①医療機関等から交付される合意文書の写し
  - 直接支払制度にかかる代理契約を医療機関等と締結していない旨および申請先となる当組合名が記載されているもの
- ②産科医療補償制度の対象分娩である場合には、その旨を証する押印のある出産費用の領収・明細書の写し

## 1ページ

1

被保険者の情報を正確に記入してください。

被保険者が亡くなられて、相続人 の方が申請される場合は、申請さ れる方の氏名、住所を記入してく ださい。

(振込口座も同様です。)

## 2

- 公金受取口座を利用する場合
- ✓を記入してください。 (口座情報の記入は不要) ※マイナポータル等で事前 登録が必要。
- ・公金受取口座を利用しない 場合

振込を希望する口座を通帳等 を確認しながら、正確に記入し てください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号 (記号・番号(13桁))ではなく、 振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種別・口座番号をご 記入ください。

3

「医師・助産師による証明」または 「市区町村による証明」のいずれ かを受けてください。死産の場合 は、医師・助産師に限って証明を 受けてください。

		(1	)		健	康伢	剣	被保制家	<sup>険者</sup> 出	産育	見一	·時金支	給	申請書	:			
		被保险		者証の ・番号		1 2	3		3 2	1	0	生年月日	殿平令	5 4	F 12	月	30 ⊧	3
		# (+	氏名		1	建保	: 太	郎										
		請者)情報	住所				- oo 屋市(			J1 —	1 🛆	△マンシ TEL	ョン	/101 D ( 00	0)	000	00	
	Ï	申請内容	出産した方			口被保險者 ( <b>以</b> 家族(被扶養者) 氏名 健保 花子						生年月日	平	成 7	年 6	月	15	B
	П	¥	出産した年月日		全和 3年 4月 1日													
J T			生産・死	生産・死産の別				合	生産の場合 出生人数	r	1 🙏	死産の場合 死産児数			の場合 仮経過	满		週
			出産した医療機関等			<b>**</b> ○○○○総合病院 <b>**</b> 愛知県名古屋市○○区○○町1−1							1-1					
					家が	= = =	組合に払	養認定	は内の出産で を後6か月は 現在加入して	以内の出		1	\(↓下 保険者	紀の項目に		ささい 2号・		
	ı				された									1689	)			
		,	のみ記				一の出意 時金を	Eについ	いて、上記保	険者より	り出産育児	□ 受け	た/蜀	ける予定	☑ 受け	ない		
Į	2)	□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は27 利用しない場合は下記の欄を記入。)     □ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は27 利用しない場合は下記の欄を記入。)     □ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用できません。																
		た 上/日本日本の人のには重要がつ新日と見られていること、人気で与えているとうできます。 ガモスの日本ともから しょうじん																
П		319			却行	):		本店	預金種別						座名義	カタカ	ナ)	
		恒定口座	00	000	銀行 金庫 農協	oc	000	本店 支店 出張所		j [			(UV)				) プロリ	ウ
	Ĭ	Ē	3		金庫農協	申請に基	000	支店 出張所	預金種別	1	2 3	4 5 6	(L)	ケン:	ポ			ウ
	į	産受取代理	4	食保険者 申請者)	金庫 農協 本 氏	申請に <b>著</b> 名 〒	000	支店 出張所	預金種別 1.普通 2.当座	1	2 3	4 5 6	(L)	ケン:	ポ	タ	· 口 ·	ウ
*	<b>\</b>	Ē	4	食保険者	金庫 農協 本 氏	申請に基名 (〒 住所	000	支店 出張所	預金種別 1.普通 2.当座	) [ ] 1 ] 1	2 3	すめでご記入くだ 4 5 6 ます。	7	ケン:	ポ	タ	· 口 ·	ウ
*	•	産受取代理	4	食保険者 申請者)	金庫 農協 本 氏	申請に基 名 〒 住所	) () () () () () () () () () () () () ()	支店 出張所	預金種別 1.普通 2.当座	) [ ] 1 ] 1	2 3	すめでご記入くだ 4 5 6 ます。	7	ケン:	ポ	タ	· 口 ·	ウ
*	<b>3</b>	産受取代理	(口)	食保険者 申請者)	金庫機協本氏(	申請に基名 (〒 住所	) () () () () () () () () () () () () ()	支店 出張所	預金種別 1.普通 2.当座	) [ ] 1 ] 1	2 3	4 5 6	7	ケン	ポ	タ	<sup>?</sup> □ <sup>1</sup>	ウ
*	7	産要取代理人の機証明	(口)	食保険者 申請者) 代理人 産名義人)	金庫農協本氏、	申請に基名 (〒 住所	) () () () () () () () () () () () () ()	支店出張所	預金種別 1.普通 2.当座 する受領を下す	) [ ] 1 ] 1	1座番号(法 2 3 は人に委任し	4 5 6	7	ロ ケン: †************************************	ポ	ح A	E	ウ 
*	7	産要取代理人の機証明	1 (	会保険者 中願者) 代理人 産名義人) 出産者氏名 上配のとお	金庫協本氏(	申請に着 〒 住所フ 氏名	) 〇 〇 t づく給付: 一 リガナ	支店 出張所 金に関す	預金種別 1.普通 2.当座 2.当座 ) 別別 別別 別別 別別 の所 の所	TEL	1座番号(法 2 3 は人に委任し	4 5 6 ます。 (	7 分	ロ ケン: †************************************	ポ 年 月	ح A	E	
*	7	産要取代理人の機証明	(口)	会保険者 中願者) 代理人 産名義人) 出産者氏名 上配のとお	金庫協本氏(	申請に着 〒 住所 フ 氏名	)〇〇 hづく輪付: - リガナ ロ 多計	支店所 出張所 金に関す	預金種別 1.普通 2.当座 ける受領を下門 )	I CO代理TEL	1座番号(法 2 3 は人に委任し	4 5 6 ます。 (	7 分	ロ ケン: †************************************	ポ 年 月	ح A	E	
*	7	産・受取代理人の機・証明	1 ( 医師・助産師による	会保険者 中願者) 代理人 産名義人) 出産者氏名 上配のとお	金庫協本氏(	申請に着 〒 住所フ 氏名	) 〇 〇 t づく給付: 一 リガナ	支店所 出張所 金に関す	預金種別 1.普通 2.当座 1.音通 2.当座 1.音通 2.当座 第一 第一 第一 第一 第一 第一 第一 第一 第一 第一	I CO代理TEL	1座番号(法 2 3 は人に委任し	4 5 6 ます。 (	7 分	ロ ケン: †************************************	ポ 年 月	ح A	E	
*	7	産受取代理	1 ( 医師・助産師による	会保険者 申請者) 代座名義人) 出産者氏名 上配のとお	金庫協本氏(	申請に着 〒 住所フ 氏名	) 〇 〇 t づく給付: 一 リガナ	支店所 出張所 金に関す	預金種別 1.普通 2.当座 1.音通 2.当座 1.音通 2.当座 第一 第一 第一 第一 第一 第一 第一 第一 第一 第一	TEL TEL TEL	1座番号(法 2 3 は人に委任し	- Jan e	7 分	ロ ケン: †************************************	ポ 年 月	ح A	E	
* * -	7	産・受取代理人の機・証明	(口)	会保険者 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	金農協・本氏(()	中籍に著	) 〇〇 5 大輪付 - リガナ 口 多計 証明する。 日	支店所 会	預金種別 1.普通 2.当座 2.当座 1. 2.当座 1. 2. 3. 2. 3. 3. 4. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6	TEL TEL Estate TEL TEL	1座番号(法 2 3 は人に委任し	- Jan e	7 分	ケン:	<b>元</b> 年 月 → 妊娠:	夕 月 日 青	8	ž
* (*)	7	<b>産 受取代理人の欄 証明欄(いずれかご記入ください)</b>	* ( 医師・助産師による 市区町付集による 市区町付集による	会保険者 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	金農協本氏(()	中議に基子 中 はいことを	) 〇 〇 〇 「	支店所 会 会 会 医 医	預金種別 1.普通 2.当座 2.当座 1. 1 2. 当座 第一 2. 1 2. 1 3. 1 3. 1 3. 1 4. 1	TEL  TEL  TEL  68	日産番号(店屋) 2 3 日本産業 日本産業 日本産業 日本産業 日本産業 日本産業 日本産業 日本産業	- Jan e	◆和□生	ケン:	年 月 妊娠:	夕 月 日	Я	ž.
***************************************	7	<b>産 受取代理人の欄 証明欄(いずれかご記入ください) 独</b>	1 ( 医師・助産師による 市区町村長による 舎	会保険者 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	金庫協 本氏((())) 本氏(()) 本氏(()) 中国 (()) 中国	中議に基子住所名では、日本は、日本は、日本は、日本は、日本は、日本は、日本は、日本は、日本は、日本	) 〇 〇 〇 「	支店所 会 会 会 医 医	預金種別 1.普通 2.当座 2.当座 1. 1 2. 当座 第一 2. 1 2. 1 3. 1 3. 1 3. 1 4. 1	TEL  TEL  TEL  68	日産番号(店屋) 2 3 日本産業 日本産業 日本産業 日本産業 日本産業 日本産業 日本産業 日本産業	<ul><li>ゴめでご記入代</li><li>4 5 6</li><li>ます。</li><li>(</li><li>月日</li><li>は 元産の別</li><li>業職者氏名</li></ul>	◆和□生	ケン:	年 月 妊娠:	夕 月 日	Я	ž.

🔆 被保険者(申請者)以外の方へ支払を希望される方は、必ず「受取代理人の欄」を記入してください。

■添付書類

以下に該当する場合に添付してください。

被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合

被保険者と続柄がわかる「戸籍謄本」等