健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

被保険者(申請者)情報				
被保険者証等 記号・番号	記号	番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください	
氏名			生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日
住所	(〒　　ー　　)		TEL　　(　　)	

申請内容							
出産した方	□被保険者　□家族(被扶養者) 氏　名			生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日		
出産した年月日	令和　　年　　月　　日						
生産・死産の別	□生産 □死産 □生産・死産混合	生産の場合 出生人数	人	死産の場合 死産児数	人	死産の場合の妊娠経過期間	満　　週
出産した医療機関等	名称			所在地			
出産した方について	○被保険者 ⇒ 退職後6か月以内の出産ですか。 ○家　族 ⇒ 当組合に扶養認定後6か月以内の出産ですか。			□ いいえ □ は い(↓下記の項目にご回答ください。)			
	「はい」と回答された方のみ記入	○被保険者 ⇒ 現在加入している保険者 ○家　族 ⇒ 当組合の前に加入していた保険者		保険者名		記号・番号	
		同一の出産について、上記保険者より出産育児一時金を		□ 受けた／受ける予定　□ 受けない			

振込先指定口座				
※振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定下さい。				
□ 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☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。公金受取口座が正しく登録されているかご確認ください。				
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金種別 1.普通 2.当座	口座番号(左づめでご記入ください)	口座名義 (カタカナ)

証明欄(いずれかご記入ください)				
医師・助産師による証明の場合	出産者氏名		出産年月日	令和　　年　　月　　日
	出産児数	□ 単胎　□ 多胎 ⇒ (　　児)	出産又は死産の別	□生産　□死産 ⇒ 妊娠:満　　週
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和　　年　　月　　日　　医療施設の所在地 医療施設の名称 医師・助産師の氏名			
市区町村長による証明(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。 令和　　年　　月　　日　　市区町村長名　　印			

医療機関等から交付される代理契約に関する文書(合意文書)の写し、医療機関で退院時に渡された出産費用についての領収書(費用内訳書)の写しを添付して下さい。

愛知県医療健康保険組合　〒460-0011 名古屋市中区大須三丁目30番60号　電話 052-269-3203　【R6.12】