

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金(差額) 支払依頼書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の 記号 番号	事業所の 名称	<small>・被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記へ記載してください。 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。</small>			
	氏名 (フリガナ)	生年月日		年	月	日
	住所 (〒 -)	都 道 府 県		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

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)	氏名	生年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日			
	2 出産年月日	令和 年 月 日	3 生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 混在	3-① 「生産」の場合 出生人数	人	3-② 「死産」の場合 死産児数	人	妊娠経過期間 満 週
	4 出産した医療機関等	名称	所在地						
	5 出産した方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。 <input checked="" type="checkbox"/> 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				
	5-①	「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 → 現在加入している保険者について <input checked="" type="checkbox"/> 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				
5-①-(1)	同一の出産について、5-①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			

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 三菱UFJ銀行 <small>(口座をお持ちの方はご協力ください)</small> <input type="checkbox"/> 三菱UFJ銀行以外を指定	金融機関コード	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	支店コード	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ()	口座番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	口座名義	(フリガナ)

被保険者(申請者)以外の口座へ振込希望の場合のみ下記「受取代理人の欄」へご記入ください。

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	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	受付日付印
	代理人(口座名義人)	氏名	住所	上記住所欄と同じ	
	氏名	(フリガナ)	住所	TEL ()	

添付書類

- ◆ 出産育児一時金等 申請・受取代理契約書(合意書)控の写し
- ◆ 出産費用内訳明細書(領収書)の写し(産科医療補償制度の対象出産の場合は所定の記載があるもの)