

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 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号と番号		事業所の名称				
	被保険者 の氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成	年 月 日生	
	被保険者 の現住所	〒		電話()			
	被扶養者が出産した ための申請である ときは、その方の	氏名		生年月日	昭和 令和 平成	年 月 日生	
	出産した年月日	平成・令和	年 月 日	出生児数 人	死産児数 人	妊 娠 経 過 期 間 カ月 週	
	出産した 医療機関等	名 称		他の制度から給付金 を受けますか			
		所在地		受ける・受けない			
	出生児の氏名(注5)		被保険者 と出生児 の続柄		出生児が被保険 者の被扶養者 であるかどうか	ある・ない	
	・資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の		保険者名・保険者番号・記号及び番号				
	・被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の						

医師又は助産師が証明するところ (注・②に証明を受けている場合は不要です。)						
①	出 産 年 月 日	平成・令和	年 月 日	生 産 又 は 死 産 の 別	生 産 ・ 死 産 (妊 娠 カ月 週)	
	出 生 児 の 数	単胎 ・ 多胎 (児)		備 考		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日					
	医療施設の名称・所在地 医師・助産師名					
市区町村長が証明するところ (注・①に証明を受けている場合は不要です。)						
②	本 籍		筆頭者氏名			
	母の氏名		出生児氏名(注5)	出生年月日	平成・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 ㊟					

委 任 状	本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日				
	被保険者	住所	氏名		
	代理人	住所	氏名		
公金受取口座			<input type="checkbox"/> 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。 (利用する場合のみ☑、利用しない場合下記金融機関名を記入)		
払 渡 希 望 金 融 機 関 名	銀 行 信用金庫		支 店		
口座番号	1.普通預金 2.当座預金	No.		口座名義	フリガナ 氏 名

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、備考欄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。)

備考欄

※ 受付日付印

神戸機械金属健康保険組合理事長殿 令和 年 月 日提出

- 医療機関等が発行する「直接払いをしない旨を明記した領収・明細書の写し」、「医療機関との合意文書の写し」を添付してください。
- 産科医療補償制度に加入する医療機関等において在胎週数2週に達した日以後の分べんである場合、産科医療補償制度加入機関であることを証明するスタンプが押された請求書または領収書のコピーを添付してください。
- ①②に証明が受けられない場合は次のいずれかの書類を添付してください。戸籍謄(抄)本、戸籍記載事項証明書、住民票の写し、登録原票記載事項証明書、母子健康手帳、出生届受理証明書。
- 被保険者の押印については不要です。 5.死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載は不要です。