

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	次の通り請求します。 尚、本給付の受領については、私の所属する事業主に委任します。					令和	年	月	日		
	所属										
	住友電気工業健康保険組合 御中					職番	氏名				
	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被扶養者が 出産したための 請求であるとき はその者の		氏名					
	出生年月日	令和		年	月	日	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	出生児数	人	死産児数	人	死産の場合 妊娠経過期間	満	週				
	資格喪失後 6ヵ月以内の 出産の場合	<input type="checkbox"/> 当健保組合 <input type="checkbox"/> 他健保・国保等		被保険者又は 家族の別		<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養家族					
	退職者記入欄		退職者の場合は振込先銀行口座をご記入下さい。(ゆうちょ銀行は不可)								
	銀行名		支店名		種別	口座番号		口座名義 (被保険者名義に限る)			
					<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座						

※日本国内で出産した場合は、①医療機関等から交付される直接支払制度を利用していないことを証明する書類のコピー、
②「産科医療補償制度の対象分娩であること」が明記された領収・明細書のコピーを添付してください。
※海外で出産した場合は、①出産を担当した海外の医療機関等の医師・助産師の証明書及び翻訳文、②出産した日(期間)において、
実際に海外に渡航していた事実が確認できる書類、③海外出産をした者の同意書を添付してください。

市 医 区 師 町 村 助 が 産 証 明 す ま る た 欄 は	出生年月日	令和	年	月	日	生産又は死産の別	生産・死産(妊娠ヵ月週)							
	出生児の数	・単胎 ・多胎(児)				備考								
	上記の通り証明します。					住所(所在地)								
						医療機関名								
	令和					年	月	日	医師・助産師名					
出生届出日	令和	年	月	日	出生児氏名	出生年月日		令和	年	月	日			
上記の通り証明します。														
令和										年	月	日	市区町村長名	印

※出生証明書または出生届出済証明の添付があるときは、医師、助産師等の証明は不要です。

健 保 組 合 記 入 欄	出産育児一時金の種類	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			
	出産育児一時金本体部分				
	産科医療補償制度保険部分 ¥12,000-	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	支給金額	¥			
支給方法確認					
<input type="checkbox"/> 給与支給		月給与			
<input type="checkbox"/> 伝票処理		月日振込			