

記入例

該当する方にレ点を付けてください

被保険者  
 家族

出産育児一時金支給申請書

(直接支払制度を利用しない場合)

お手持ちの保健証の上側に記載されていますので、確認してご記入ください

退職者(予定・任意継続の方)のみご記入ください

被保険者(請求者)記入欄	記号番号	100-3333	別冊	ケンボ ヤスコ		生年月日	昭和 54年 4月 4日
	社員No	111111	氏名	健保 保子		平成	
	住所	〒 503 - 0916 岐阜県大垣市日の出町1-1			TEL	0584 - 81 - 3124	
	出産した者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者) ◎受診者が家族(被扶養者)の場合はご記入ください					
	氏名	健保 花子	生年月日	昭和 57年 7月 16日	続柄	妻	
	出産日	令和 4年 1月 1日					
	生産または死産の別	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 ⇒ 生産児数 1人 <input type="checkbox"/> 死産 ⇒ 死産児数 人		妊娠経過期間	週		
	出産した医療機関名	○×産婦人科		出産にかかった費用	435,000 円		
	前の健康保険の資格喪失後6ヶ月以内または当健保の扶養認定後6ヶ月以内の出産である	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ◎「はい」の場合はご記入ください					
	以前加入していた健康保険の種類	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 国民健康保険					
記号番号	記号 ( )		番号 ( )				
◎在職者のみ記入してください							
出産育児一時金の受給については、事業主に委任し、給与内に振込みすることに同意します。 ※上記事項に同意する場合は右の口をチェックしてください。 <input checked="" type="checkbox"/>							
◎退職者の方・任意継続の方のみ記入してください							
振込先	銀行	本店	預金種別	普通・当座			
	信用金庫	支店					
	農協	出張所					
口座番号	口座名義		※カタカナで記入				

死産による申請の場合は、妊娠経過週数を

ご領収書の金額を

【添付書類】 出産費用の領収書と明細書の写し 直接払いを利用しない事を証明する書類の写し

被保険者証等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、右枠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)

.....	.....	.....	.....	.....	.....
-------	-------	-------	-------	-------	-------

記入欄	資格取得日	昭和 年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日
	備考	支給金額		円

常務理事	担当

健保で記入しますので、こちらは記入しないでください

受付日付印

記入方法等ご不明な点がございましたら下記までお問い合わせください

イビデン健康保険組合  
TEL: 0584-81-3124  
内線: 857-382

【証明欄】※医師・助産師、または市区町村、いずれかからの証明を受けてください。

医師または助産師の証明	出産者氏名			出産日	令和	年	月	日			
	正常出産または異常出産の別	<input type="checkbox"/> 正常出産 <input type="checkbox"/> 異常出産	生産または死産の別	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産	(妊娠 週 日)						
	出生児の数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 児)	備考								
	上記のとおり相違ないことを証明します。								令和	年	月
医療機関等の所在地											
医療機関等の名称											
医師・助産師氏名											

市区町村の証明	本籍												
	筆頭者氏名					出生児氏名							
	出生年月日	令和	年	月	日	出生届出日	令和	年	月	日			
	上記のとおり相違ないことを証明します。										令和	年	月
市区町村長名													

医師または助産師の証明か市区町村の証明、いずれかを受けてください



