直接支払制度・受取代理制度を利用されなかった方の申請書

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書

被保険者の記入欄	記号・番号	―	事業所名		
	被保険者	氏名	生年月日	連絡先電話番号	
			年　月　日	（　　）	
		住所			
		〒　　―			
	出産した方 （被保険者が出産した場合は記入不要）	氏名	生年月日	被保険者との続柄	
			年　月　日		
		扶養認定後６ヵ月以内の出産の場合は、それまで加入していた健康保険と加入期間			
		健康保険組合・全国健康保険協会 国民健康保険・共済組合	加入期間　約　年　ヵ月		
	出生児	氏名	生年月日	被保険者との続柄	
			年　月　日		
	受取方法	**【在籍中の方】** 会社へ委任してください	この給付金の受領を在籍している事業所に委任します。 被保険者氏名		
		【退職後の方】 振込先を記入してください （任継者は記入不要。登録口座へ振込）	銀行・信金 信組・農協	本店 支店	普通・その他（　）
		口座番号		（フリガナ） 口座名義	（　　）

医師・助産師または市区町村長の証明欄	出産者氏名		出産年月日	年　月　日
	出生児の数	単胎　・　多胎（　児）	生産・死産の別	生産　（妊娠第　週） 死産　（妊娠第　週＋　日）
	上記のとおり相違ないことを証明する。　年　月　日 医療機関の所在地 名　称 医師・助産師名　電話　（　　）			
	出産者氏名		出生児氏名		出生年月日	年　月　日
	上記のとおり相違ないことを証明する。　年　月　日 市区町村長名			

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	

※年月日は元号でご記入ください。

【添付書類】

●病院、診療所、助産所等が発行する領収明細書の写しを添付してください。

●病院、診療所、助産所等と被保険者が締結した直接支払制度を利用していない旨記載された合意文書の写しを添付してください（海外で出産した場合は必要ありません）。

【留意事項】

●扶養認定後６ヵ月以内の出産、および資格喪失後の出産に係る申請の場合は、情報連携を用いた審査※を行います。

※番号法第十九条及び別表二において健康保険組合が情報連携できる根拠が定められています。なお、情報連携で確認した内容等は、今回の申請における審査以外に使用することはありません。

R7.4 三井健康保険組合