

支給決定 令和 年 月 日	支給決定	令和	年	月	日	決	常務理事	事務長			担当
標準報酬月額	千円 ( 等級)					裁					
支給額	法定給付	款 項 目	円			備					
	合 計	円									
取得日			喪失日			考					

健康保険  被保険者  被扶養者 出産育児一時金 申請書

(直接支払制度や受取代理制度を利用しない場合・海外出産の場合)

						提出日	令和	年	月	日	
被 保 険 者 記 載 欄	被保険者証 の記号と番号	記号	番号	所属名	氏名	生年月日					
	被保険者(請求者) の現住所	〒					TEL: ( ) ( ) ( )				
	被扶養者が出産 した場合	被扶養者名	生年月日			昭・平	年	月	日		
			認定日			昭・平・令	年	月	日		
	分娩した年月日	令和	年	月	日	1: 出産 児数	人	2: 死産時	妊娠 ( 週目)		
	出産した 医療機関名 所在地	医療機関名				TEL					
		〒									
	1. 在職中の方 (委任状)	給付金の受領に関して、事業主に委任します。(氏名)									
	2. 資格喪失後の方 (任意継続加入の方)	銀行				口座番号(普通・当座)					
		支店				名義(かか)					
備考欄	【必須】以下の内容を確認して <input checked="" type="checkbox"/> してください。										
	<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。									
◎ 健康保険等に関する事項											
■ 被扶養者が認定後6ヶ月以内の出産で申請する場合は、以前加入していた保険証の種類を記入してください。 (国民健康保険の場合は市町村名、協会けんぽの場合は都道府県支部、健保組合の場合は組合名を記入)											
■ 女子被保険者であった方が資格喪失後6ヶ月以内の出産で申請する場合は、現在加入している保険証の種類を記入してください。											
健康保険名					記号-番号	-					
所在地	〒					TEL: ( ) ( ) ( )					
資格取得年月日	平・令	年	月	日	資格喪失年月日	令和	年	月	日		
被保険者氏名 (世帯主名)					勤務先名						

医 師 又 は 助 産 師 の 証 明 欄	分娩した 年月日	令和	年	月	日	出生児の数	単胎・多胎 ( 児)	出産又は死産の別	出産・死産 (妊娠 週日)	
	上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日									
	医療施設名・所在地									
医師・助産師名										

【被保険者の方へ】

※ (任意) 被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記載した場合は記入不要です。)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(マイナンバーをご記入いただいた場合は、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。)

①個人番号記載の住民票の写しと運転免許証(写)またはパスポート(写) ②個人番号カード(両面)の写し ①②のいずれか1点

【訂正について】

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入下さい。

受付印

オオゼキ健康保険組合  
2022.7.1改版