

◎【直接支払制度・受取代理制度を利用しない場合】
 「直接支払制度を利用しない合意文書（写し）」 「領収書・明細書（写し）」 を添付し申請してください。

取得口 長大口

記入例 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 ××店	氏名 健保 太郎	生年月日 昭平 ××年 ××月 ××日
	被保険者（請求者） の現住所	〒000-0000 東京都〇〇区〇〇町123-456				TEL: (00) (0000) (0000)
	被扶養者が出産 した場合	被扶養者名 健保 花子	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 1人	2: 死産時	妊娠 ヶ月 (週目)
	出産した 医療機関名 所在地	給付金は事業主経由で給付します。 委任状欄へ署名をお願いします。			TEL	00-0000-0000
	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 (かかけ)			
	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 checked="" type="checkbox"/> チェックの無い場合は、受付ができません。 忘れずに、✓して下さい。				
◎ 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 健康保 所在地						
◎ 被扶養者が認定後6か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。 ◎ 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。						
資格取得年月日	平平 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	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	医師証明欄		この申請書に医師の証明を受けて下さい。(代用不可)			
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