

|  |      |     |   |
|--|------|-----|---|
|  | 常務理事 | 事務長 | 係 |
|  |      |     |   |

受付日付印

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金支払依頼書 差額申請書 付加給付支給申請書

1

2

(R3.4)

被保険者(申請者)記入用

|                                                                                                      |                                                 |                           |                    |                                        |                        |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------|--------------------|----------------------------------------|------------------------|---|
| 被保険者(申請者)情報                                                                                          | 記号                                              | 番号                        | 生年月日               | 年                                      | 月                      | 日 |
|                                                                                                      | 被保険者証の<br>(右づめ)                                 | <div>○ ○</div>            | <div>○ ○ ○ ○</div> | <input type="checkbox"/> 昭和            | <div>○ ○ ○ ○ ○ ○</div> |   |
|                                                                                                      |                                                 |                           |                    | <input checked="" type="checkbox"/> 平成 |                        |   |
|                                                                                                      |                                                 |                           |                    | <input type="checkbox"/> 令和            |                        |   |
|                                                                                                      | 氏名                                              | (フリガナ) トモエガワ タロウ<br>巴川 太郎 |                    |                                        |                        |   |
| 住所                                                                                                   | (〒 ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ )<br>A 都 道 B市C区33-4-1<br>府 県 |                           |                    |                                        |                        |   |
| 電話番号<br>(日中の連絡先)                                                                                     | TEL ○ ○ ○ ( ○ ○ ○ ) ○ ○ ○ ○                     |                           |                    |                                        |                        |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> ) |                                                 |                           |                    |                                        |                        |   |

|         |                |                                |  |                        |
|---------|----------------|--------------------------------|--|------------------------|
| 受取代理人の欄 | 被保険者<br>(申請者)  | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 |  | 令和 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日   |
|         | 氏名             | 巴川 太郎                          |  | 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ |
|         | 代理人<br>(口座名義人) | 住所 (〒 - ) TEL ( )              |  | 委任者と<br>代理人との<br>関係    |
|         | 氏名             | (フリガナ)<br>事業主記入欄               |  |                        |

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

被保険者氏名

巴川 太郎

申請内容

1 出産した者

2

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1 - ①

家族の場合はその方の

氏名

巴川 花子

生年月日

☐ 昭和☒ 平成

〇〇

年

〇〇

月

〇〇

日

2 出産した年月日

令和

〇〇

年

〇〇

月

〇〇

日

3 生産または死産の別

1

1. 生産 2. 死産 3. 生産・死産混在

3 - ①

「生産」の場合出生人数

1

人

3 - ②

「死産」の場合死産児数

〇

人

3 - ② - (1)

「死産」の場合妊娠経過期間

満

〇

週

4 出生児の氏名

巴川 一郎

5 出産した医療機関等

名称

〇〇医院

所在地

〇〇県 〇〇市 11-45

6 出産した方

●被保険者 → 退職後6ヶ月以内の出産ですか。

●家 族 → 当組合に加入後6か月以内の出産ですか。

1

1. はい 2. いいえ

6 - ①

「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。

●被保険者 → 現在加入している保険者について

●家 族 → 当組合加入前に加入していた保険者について

保険者名

〇〇健康保険組合

記号・番号

〇〇-〇〇〇〇

6 - ① - (1)

同一の出産について、6 - ①の保険者より出産育児一時金を

2

1. 受けた/受ける予定 2. 受けない

証明欄(いずれかにご記入ください)

医師・助産師による  
証明の場合

出産者氏名

出産年月日

〇〇

月

〇〇

日

出生児の数

☐

上記のとおり相違

年

医師・助産師の氏名

医師・助産師に  
記入を依頼してください市区町村長による  
証明の場合(生産のみ)

本籍

筆頭者

母の氏名

上記のとおり相

年

お住まいの市・区役所に  
記入を依頼してください

〇〇

月

〇〇

日

## 【内払金支払依頼書として提出する場合】

医師・助産師による出産証明、または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明を受けてください。

死産の場合は、医師・助産師に限って証明を受けてください。ただし、医療機関等から交付される領収・明細書に「出産年月日」および「出生児数」が記載されている場合、もしくは死産の場合で「死産年月日」および「妊娠週数」が記載されている場合は必要ありません。

## 【差額申請書として提出する場合】

医師・助産師による出産証明、または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明は必要ありません。