健康保険　被保険者・家族　出産育児一時金支給申請書

被保険者が記入するところ

被保険者等記号-番号 または個人番号	－	被保険者資格取得日	平成 令和	年	月	日	被保険者資格喪失日 （喪失後の場合）	平成 令和	年	月	日
被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		被保険者住所	〒							
生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日			電話　（　）							
所属部署名及び電話				電話　（　）							
被扶養者の出産である場合はその者の氏名		被保険者と出産した者の続柄		出産の日	令和	年	月	日			
出生児の氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	被保険者と出生児の続柄									
出生児が被保険者の被扶養者であるかどうか	ある・ない	出生児が被保険者の被扶養者でないときはその理由									

以下の条件に当てはまる場合は右欄にご記入下さい。

①資格喪失後６ヶ月以内に分娩したとき（現在加入の健康保険について）
②被扶養者になってから６ヶ月以内に分娩したとき（以前加入していた健康保険について）

保険者名	（　）健康保険協会
	（　）国民健康保険
	（　）健康保険組合
電話番号	
記号	番号

※医師・助産師又は市区町村長どちらかの証明をとってください

医師・助産師又は市区町村長が証明するところ

出産年月日	令和　年　月　日	生産又は死産の別	生　産・死　産（妊娠第　月又は第　週）
出生児の数	単　胎・多　胎（　児）	備　考	

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和　年　月　日

医療施設名の名称・所在地　〒

医師・助産師名　　電話　（　）

筆頭者氏名					
出生届出日	令和　年　月　日	出生児氏名		出生年月日	令和　年　月　日

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和　年　月　日

〒

市区町村長名

※1ヶ月以内に給与口座を変更した方
※資格を喪失した方
} のみ支払金融機関をご記入下さい。

令和　年　月　日提出

受付日付印

支払金融機関

銀行 信用金庫 信用組合			本店 支店									
支店番号			普通・当座	口座番号（右づめ）								
名義人(カナ)												

※原則として給与振込口座へのお振込みとなります。

マルハン健康保険組合