

被保険者  
家族

## 出産育児一時金支給申請書

健保組合受付印

中部アイティ産業健康保険組合 御中

請求者の記入欄	被保険者等 記号・番号	—	請求年月日	年	月	日
	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください。 被保険者のマイナンバー記入欄					
	被保険者名	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。 (利用する場合は□にチェック、利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。				
	事業所名			銀行	本店	
	分娩年月日	年 月 日		金庫	支店	
		生産・死産( 月 )		農協	出張所	
	分娩者	氏名				
生年月日		年 月 日	住所	〒 -		
続柄		連絡先 ( ) -				
(被保険者が出産したとき) 資格喪失後の請求ですか? はい・いいえ →「はい」のときは右の欄に資格喪失後に加入している健康保険組合についてご記入下さい。			い ず れ か	・協会けんぽ ( ) 支部		
(家族が出産したとき) 家族が退職後6カ月以内の請求ですか? はい・いいえ →「はい」のときは右の欄に退職前に加入していた健康保険組合についてご記入下さい。				・健康保険組合 ( ) 健康保険組合		
			・国民健康保険 市町村名 ( )			
			被保険者の氏名 ( )			
			記号・番号 ( ) -			

医師・助産師又は市区町村長の証明	分娩者氏名		分娩年月日	年	月	日
	生産又は死産の別	生産・死産( 月 ) 男・女	出世児の数	単胎	・	多胎( 児 )
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日					
	医療施設の名称・所在地					
	医師・助産師名					
	電 話					
	本 籍		筆頭者氏名			
出生届出日		出生児氏名	出生年月日			
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 印						
※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)をご記入ください。						

健保組合処理欄	本 人	資格	取得	年 月 日	産科医療補償制度	有・無		
		喪失		年 月 日	支給金額			
		被保険者期間 1年以上 有・無			常務理事	事務長	担当	確認
		被扶養者認定日			年 月 日			
		支給決定日			年 月 日			
	支給日			年 月 日				

- (注) 1. この出産育児一時金の請求は妊娠4カ月以上の胎児を分娩した場合に請求してください。  
2. 希望振込銀行は被保険者名義の口座をご記入下さい。  
3. 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写しと合意文書の写しを添付してください。