健保組合受付印

被保険者
家　族

出産育児一時金支給申請書

中部アイティ産業健康保険組合　　御中

請求者の記入欄

被保険者証の記号・番号	―	
被保険者名		
事業所名		
分娩年月日	年　月　日	
	生産　・　死産（　　ヵ月）	
分娩者	氏　名	
	生年月日	年　月　日生
	続　柄	

（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。

（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。

請求年月日	年　月　日		
□　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。			
被保険者銀行口座	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
	普通	口座番号	
	フリガナ 口座名義		
住　所	〒　－		
連絡先	（　　）　－		

いずれか
- ・協会けんぽ　（　　）支部
- ・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（　　ヵ月）　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。

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
・マイナンバーを記載した場合は、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。
被保険者のマイナンバー記入欄

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ヵ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。

2023年04月更新