

# 健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金申請書

|      |          |   |   |   |    |
|------|----------|---|---|---|----|
| 資格取得 | 平成<br>令和 | 年 | 月 | 日 | 通番 |
| 資格喪失 | 平成<br>令和 | 年 | 月 | 日 |    |

|  |   |      |                  |                          |               |                          |        |
|--|---|------|------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ                     | 記号  | 番号   | 事業所名称            |                          |               |                          |        |
|  |   |      | 株式会社             |                          | 支店<br>営業所     | 部<br>課                   |        |
|  | 被保険者氏名  |      | 被保険者<br>生年月日     | 昭和・平成 年 月 日              |               |                          |        |
|  | 被保険者住所  |      | 〒 —              |                          |               |                          |        |
|  | 被扶養者氏名<br>(被扶養者が出産した場合)   |      | 被扶養者<br>生年月日     | 昭和・平成 年 月 日              |               |                          |        |
|  | 出生児の氏名  |      | 出産年月日            | 続柄                       | 出生児数          | 死産児数                     | 妊娠経過期間 |
|  |   |      | 令和 年 月 日         |                          | 人             | 人                        | 週      |
|  | 出産した医療機関等   |      | 名称               | 電話 ( )                   |               |                          |        |
|  |   |      | 所在地              |                          |               |                          |        |
|  | 出産された方について、以下の質問にご回答ください。   |      |                  |                          |               |                          |        |
| 出<br>産<br>し<br>た<br>被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | ① 今回の申請は、退職等により、大東建託健康保険組合の被保険者資格喪失後、6ヶ月以内に出産したことによる申請ですか？        |      |                  | <input type="checkbox"/> | はい            | <input type="checkbox"/> | いいえ    |
|  | ② 上記①で、「はい」と答えた場合、資格喪失後、家族の健康保険の被扶養者となっていますか？                     |      |                  | <input type="checkbox"/> | はい            | <input type="checkbox"/> | いいえ    |
|  | ③ 上記②で、「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入している健康保険の名称と記号・番号をご記入ください。    |      |                  | 名称                       |               |                          |        |
| 出<br>産<br>し<br>た<br>被<br>扶<br>養<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | ① 今回の申請は、家族が被扶養者認定後、6ヶ月以内に出産したことによる申請ですか？                         |      |                  | <input type="checkbox"/> | はい            | <input type="checkbox"/> | いいえ    |
|  | ② 上記①で、「はい」と答えた場合、家族が被扶養者の認定を受けた理由は、退職等により健康保険の資格を喪失したことによるものですか？ |      |                  | <input type="checkbox"/> | はい            | <input type="checkbox"/> | いいえ    |
|  | ③ 上記②で、「はい」と答えた場合、家族が被扶養者資格認定前に加入していた健康保険の名称と、当時の記号・番号をご記入ください。   |      |                  | 名称                       |               |                          |        |
|  |   |      | 記号・番号            |                          |               |                          |        |
| 振込希望口座   |   |      |                  |                          |               |                          |        |
| 金融機関コード  | 銀行コード   |      | 支店コード            |                          | フリガナ<br>□座名義人 |                          |        |
| 金融機関名称   | 銀行 信組<br>金庫 その他   |      | 本店 出張所<br>支店 その他 |                          |               |                          |        |
| 種別   | 普通・当座   | 口座番号 |                  |                          |               |                          |        |

※被保険者以外の口座を希望する場合は、委任状を記入してください。

|          |                             |
|----------|-----------------------------|
| 《委任状》    | 本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 |
| 令和 年 月 日 | 被保険者 住所<br>氏名               |
|          | 代理人 住所<br>氏名                |

|   |                               |       |          |                          |
|---|-------------------------------|-------|----------|--------------------------|
| 医<br>師<br>ま<br>た<br>は<br>市<br>区<br>町<br>村<br>長<br>証<br>明<br>欄 | 出産者氏名                         | 出産年月日 | 令和 年 月 日 | 生産・死産(妊娠 週)<br>単胎・多胎( 児) |
|   | 上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日       |       |          |                          |
|   | 医療機関所在地<br>医療機関名称<br>医師・助産師氏名 |       |          |                          |
|   | 母の氏名                          | 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  |                               |       |          |                          |

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(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。)

|     |  |
|-----|--|
| 備考欄 |  |
|-----|--|

|     |
|-----|
| 受付印 |
|-----|