

※支給決議書	資格取得日	年 月 日	被扶養者資格	☐ あり ☐ なし	伺い	年 月 日	常務理事	事務長	係
	資格喪失日	年 月 日	産児数	人	決 済	年 月 日			
	産科医療保障制度	☐ 該当 ☐ 非該当	医療機関からの請求額 ¥	備考		支給額			円

※上、支給決議書は健保記入欄につき、記入しないでください。

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

※直接支払制度を利用し、出産費用額が出産育児一時金額を下回った場合用

エム・オー・エー健康保険組合理事長殿

次の通り申請します。（申請日） 令和 年 月 日

被 保 険 者 申 請 者	フリガナ					年齢		被保険者等記号・番号				
	氏 名								—			
	生 年 月 日	☐ 昭和 ☐ 平成		年 月 日	申請者住所	〒	—					
	日中の連絡先	()										
申 請 内 容	出産した者	氏 名	年齢	生 年 月 日	出 産 年 月 日							
				☐ 昭 ☐ 平 年 月 日	令和 年 月 日							
	生産・死産の別と産児数	☐ 生産 ☐ 死産 ☐ 生産・死産混在 (人) (人) (生産 人、死産 人)			※死産の場合、 妊娠経過期間 満 週							
	出産した医療機関等の名称	医療機関等の所在地		出生児の氏名								
振 込 先 指 定	金融機関名	銀行・信金 信組・協組・他		本店 支店	※申請者以外の口座を指定する場合は 下欄で受取代理人へ委任が必要です							
	口 座	☐ 普通 ☐ 当座		番号(左詰め)	名義(カタカナで記入)							
受 取 代 理 人	委任者(申請者)	本申請に基づく給付金の受領を下記の代理人に委任します 令和 年 月 日										
		氏名										
	被委任者(代理人)	〒 — 電話 ()										
		住所										
		氏名										

【必要添付書類】

◎ 出産した医療機関等が発行する「領収・明細書」の写し

確 認 事 項	今回の出産は、退職後6ヶ月以内の出産、または当組合加入後6ヶ月以内の出産ですか。 ☐ はい ※はいの場合は、退職後または当組合加入前の保険者について、 ☐ いいえ 下欄にお知らせください。											
	保険者名 称											
	記 号											同一の出産について、この保険者より 出産育児一時金を受けましたか。 ☐ 受けた／受ける予定 ☐ 受けない
	番 号											