

※支給決議書	資格取得	被扶養者資格	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	伺い	年 月 日	常務理事	事務長	係
	資格喪失	児童数		人 決 済	年 月 日			
	産科保障	請求額	備考	支給額				円

記入例

※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 請求書 1ページ目(全2ページ)
 ※直接支払制度を利用しない出産の場合用

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) 令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請者 被保険者	フリガナ	ケンポ タロウ			年齢	39	被保険者等記号・番号							
	氏名	健保 太郎					5	0	1	—	1	0	0	
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	60年 5月 30日		申請者住所	〒413 - 0011 静岡県熱海市田原本町9-1								
	日中の連絡先	0557 (84) 2431												
申請内容	出産した者	氏名	年齢	生年月日	出産年月日									
		健保 花子	36	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 63年 4月 1日	令和 元年 6月 1日									
	生産・死産の別と産児数	<input checked="" type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 死産 <input type="checkbox"/> 生産・死産混在		※死産の場合、妊娠経過期間 満 週										
		(1人) (人) (生産 人、死産 人)												
	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								
	〇〇助産院		静岡県〇〇市〇〇町1-1			健保 一郎								
振込先指定	金融機関名	〇〇 銀行・信金 信組・協組・他 〇〇 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	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	番号(左詰め)			名義(カタカナで記入)								
			1	1	1	0	0	ケ	ン	ホ	。	タ	ロ	ウ
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												
	被委任者(代理人)	氏名	/受付印日付\											
		住所	〒 - 電話 ()											

※申請に当たっては直接支払制度を利用しない旨、医療機関と交わした文書を添付してください。
 また、2ページ目(裏面)に出産の証明を受けてください。

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。 <input type="checkbox"/> 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、 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 受けた/受ける予定 <input type="checkbox"/> 受けない										
	番号											