健康保険 被保険者 被扶養者 出産育児一時金支給申請書

【直接支払制度利用なし または 海外で出産した場合】

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	○○○株式会社　○○支店 電話(内線)　03-1234-5678(999)
	氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ　ケンポ　タロウ 健保　太郎		生年月日	昭和 平成　●● 年 ●● 月 ●● 日
	申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒123-4567 東京都○○区○○町1－2－3　△△マンション456号室 電話　03　(　7891　)　2345			
	社員番号	1234567		ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	○○△△@○○○.ne.jp

申請内容	出産した方(該当に○)	本人(被保険者)　家族(被扶養者)		出産した方の氏名	健保　花子		
	出産した年月日	令和　●● 年 ●● 月 ●● 日		出産した方の生年月日	昭和 平成　●● 年 ●● 月 ●● 日		
	生産または死産の別(該当に○)	生産・死産・生産死産混在		生産児数	1 人	死産児数　人	死産の時は妊娠経過期間　週
	被保険者と出生児の続柄	長男		出産児は被扶養者か	はい　いいえ		
	出産した医療機関名称	○○産婦人科		出産した医療機関住所	神奈川県横浜市○○町3－3－3		
	■下記に該当する場合に記入 1. 被保険者が退職後6カ月以内の出産→ 現在加入している保険者名・記号番号　等 2. 被扶養者が認定後6カ月以内の出産→ 以前加入していた保険者名・記号番号 等			保険者名	電話　(　　)		
				記号-番号	－		

	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。　令和　年　月　日		
	被保険者(申請者)	氏名	
	代理人(実際に給付を受領する者)	氏名	

振込先情報	金融機関コード	1234		支店コード	123	
	金融機関名称	●●		銀行 信用金庫	●●	本店 支店
	預金種別	普通　その他 当座　(　　)	口座番号	1234567	口座名義(カタカナ)	ケンポタロウ

■証明欄(いずれか一方の証明を受けてください)

医師・助産師	出産者氏名		出産年月日	令和　年　月　日
	出生児の数	単胎・多胎(　　児)	生産または死産の別	生産・死産(妊娠第　月または満　週　日)
	上記のとおり相違ないことを証明する 令和　年　月　日　　医療施設の所在地			
市区町村長	この欄は、医療機関又は市区町村長に証明を依頼してください。			
	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　　㊞			

※医師・助産師、市区町村長の証明が受けられない場合は、出生証明書(写し)等の公的書類を添付してください。

備考	個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し　②個人番号記載の住民票の写し　③個人番号カード(両面)の写し　のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し　のいずれか1点
添付書類	1. 医療機関等との合意文書の写し 2. 医療機関が発行する領収書の写し ※海外で出産した場合は以下の書類を添付してください。 1.出産した事実を証明する証明書　2.出生証明書の日本語翻訳　3.領収書の写し 4.海外渡航期間がわかる書類(パスポート等)の写し　5.海外の医療機関等に照会することの同意書

受付日付印

カルビー健康保険組合